Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. II Nos. 3 - 4 LIMA, SET. - DIC. 1965

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

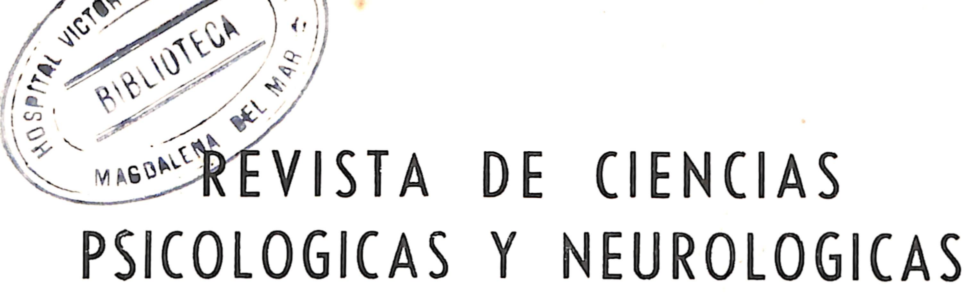
Profesor Principal	Dr.	Carlos Alberto Seguín
Profesor Asociado	Dr.	José Max Arnillas Arana
" "	Dr.	Renato Castro de la Matta
" "	Dr.	Oscar Valdivia Ponce
" "	Dr.	Sergio Zapata Agurto
Profesor Auxiliar	Dr.	José Alva Quiñones
" "	Dra.	M. A. Silva de Castro
" "	Dr.	Alberto Perales Cabrera
Encargado de la Coordinación	Dr.	Max Silva Tuesta
Jefe Instructor	Dr.	Ethel Bazán Vidal
" "	Dr.	Andrés Cáceres Bedoya
" "	Dra.	Judith Calenzani Castillo
" "	Dr.	César Delgado Hurtado
" "	Dr.	Hugo Diaz Vásquez
" "	Dr.	Enrique Ghersi Belaúnde
" "	Dr.	Walter Griebenow Estrada
" "	Dr.	Carlos Gutiérrez Ferreira
" "	Dr.	Felipe Iannacone Martínez
" "	Dra.	Elia Izaguirre León
" "	Dr.	Humberto Napurí Jordán
" "	Dr.	Alberto Péndola Febres
" "	Dr.	Saúl Peña Kalenkautzky
" "	Dr.	Rubén Ríos Carrasco
" "	Dr.	Oscar Ríos Reátegui
" "	Dr.	Carlos Saavedra Suescum
" "	Dr.	Hildebrando Salazar Inga
" "	Dra.	Antonia Sánchez
" "	Dr.	Francisco Vásquez Palomino
Psicólogo Clínico	Dr.	Juan Antonio Robles
" "	Dr.	Hilarión Tovar Narrea

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Asignatura de Neurología

PERSONAL DOCENTE

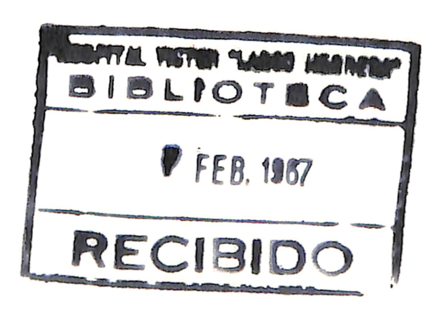
Profesor Asociado encargado de la Asignatura	Dr.	Raúl Jerí
Profesor Asociado	Dr.	Jacobo Silbermann
" "	Dr.	Rodolfo Landa
Profesor Auxiliar	Dr.	Manuel Pizarro
" "	Dr.	Luis Aspauza
Jefe Instructor	Dr.	Leoncio Acosta
" "	Dr.	Pedro Ortiz
" "	Dr.	César Sánchez Montenegro
" "	Dr.	Eugenio Villar
" "	Dr.	Luciano Vise



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 3-4 SEP. - DIC. 1965 LIMA, PERU



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 3-4 **SEP. - DIC. 1965** **LIMA, PERU**

CONTENIDO:

ARTICULOS

DOCUMENTOS

REVISTA DE REVISTAS

NOTAS DE ACTUALIDAD

TIPOS PSICOLOGICOS EN EL HABLA POPULAR

Contribución al estudio del "criollo"

José Alva Q. y Enrique Ghersi B. *

INTRODUCCION

Todavía es mucho lo que tenemos que aprender del pueblo todos los que realmente nos interesamos en comprender a nuestros semejantes.

La sabiduría popular, hija del sentido común y de la experiencia popular, se adelanta no pocas veces a los más elaborados descubrimientos científicos. Esto es particularmente cierto cuando se trata de Psicología.

Entre otras cosas el pueblo posee una serie de conocimientos sobre las características psicológicas de las personas y posee también una manera propia de tipificar y de nominar estas características.

Sorprende en estas nominaciones, como veremos más adelante, la sutileza de las descripciones, el valor simbólico que encierran y sobre todo la gran carga emocional que vehiculizan.

Cada cultura, cada época, hace al respecto sus peculiares aportaciones que a la postre resultan una imágen aproximada de sí mismas.

Se impone pues, un estudio sistemático de estas aportaciones no sólo para conocer mejor a nuestro pueblo, sino también para asimilar sus enseñanzas y encontrar una fuente renovada de inspiración.

---

* Profesores Auxiliares del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

OBJETIVOS Y METODO

Nos hemos propuesto en este trabajo:

1.— Hacer una recopilación de los términos mas frecuentemente usados por el "criollo" para tipificar formas de conducta y rasgos de carácter.
2.— Reunir estos tipos en grupos de acuerdo a características comunes.
3.— Describir en cada grupo los tipos más representativos.
4.— Analizar de acuerdo a la valoración implícita de esta tipología, algunos rasgos en la personalidad básica del "criollo".

Damos el nombre de "criollo" al limeño y por extensión al costeño. El "criollo" generalmente pertenece a la clase media y a la clase inferior. Posee un estilo de vida característico y un conjunto definido de tradiciones y costumbres. Habla sólo castellano y se diferencia nítidamente del indígena a quien a menudo sub-estima.

Para la reunión de nuestro material hemos utilizado diversas fuentes, pero principalmente las encuestas entre obreros, estudiantes, empleados y profesionales de distinta edad y sexo, con la única condición de que fueran "criollos". Hemos revisado también a los escritores costumbristas contemporáneos y el fichero de doce mil peruanismos del Instituto de Filología de la U.N.M.S.M.*

Como se comprenderá, la mayoría de las palabras que hemos registrado tienen una acepción particular (local) que se aparta muchas veces de la significación académica.

RESULTADOS

Hemos reunido más de setecientos vocablos usados en la descripción de rasgos caracterológicos. Los exponemos como vocabulario en un Apéndice aparte, ordenados alfabéticamente y con su respectivo significado.

Hemos hecho una clasificación de estos tipos teniendo en cuenta las pautas mostradas en las relaciones interpersonales. Presentamos a continuación los veinticinco grupos que hemos encontrado:

* Agradecemos al Dr. José Jiménez Borja, la gentileza de poner a nuestra disposición el valioso fichero de Peruanismos del Instituto de Filología de la U.N.M.S.M.

Grupo 1.— Se caracterizan por su escaso sentido práctico, su falta de agresividad y la tendencia a la sub-valoración de sí mismos. Además por tolerar facilmente la hostilidad de los otros. En este grupo tenemos:

el manso
el mansito
el boquiabierta
el candelejón
el caído del nido
el caído del catre
el gil
el huevón
el maleta
el opa
el punto
el sufrido
el talegas
el talegón
el tetudo
el sonaja
el asonajado
el cornudo
el cachudo
etc.

el mamerto
el baboso
el calzonudo
el cándido
el cojudo
el gallina
el hazme reir
el mosca muerta
el mentecato
el poca cosa
el pelotudo
el tetelememe
el tarado
el cero a la izquierda
el cagado
el don nadie
el pichiruchi
el calentador
el estufa

Como podemos apreciar en este grupo el lenguaje popular las tiene gran cantidad de términos, todos cargados de desprecio y dirigidos principalmente a los hombres. Este grupo encarna la negación de los valores aceptados por el "criollo". Términos como "tetudo", "tetelememe" "talegas", "huevón", "huevas tristes", etc. muestran la identificación de este tipo caracterológico con la actitud femenina. La referencia al escroto como equivalente a los senos en la mujer es aquí evidente, repitiendo un simbolismo encontrado con frecuencia en el análisis de los sueños. El término "cojudo" —derivado de cojo— implica estar incompleto, estar mutilado.

El tipo mas representativo de este grupo es el "punto" —versión criollo del "chivo emisario"— representa a aquella persona que se presta a ser usada por los demás para descargar agresividad y culpa. El

"paganini" es un sub-tipo del "punto" y es el que, en el terreno económico, paga por los demás.

Grupo 2.— Los de este grupo son pasivos y faltos de iniciativa. En su relación con los demás se caracterizan por su espíritu de sumisión que suele muchas veces llegar al servilismo. En este grupo tenemos:

el carnero	el huele pedos
el camotudo	el rabero
el chupa cirios	el chupa medias
el lambe platos	el clavo
el maniquí	el fantoche

El representante más típico de este grupo es el "carnero" persona que se deja menejar fácilmente por otro. El "huele pedos" es también otro tipo característico, se refiere a la persona que establece una relación de tipo masoquista con otra, a la que sigue siempre, pese a que recibe de ella trato agresivo. (La referencia al flato es de lo mas significativa). El "camotudo" es la persona que se deslumbra y se entrega facilmente a la pasión del amor.

Grupo 3. —Amables, tolerantes y generosos, la gente suele apoyarse en ellos. Evidencian una necesidad de cariño y aceptación. En este grupo tenemos:

el desprendido	el mano abierta
el pan de Dios	el paño de lágrimas
una madre	el manga ancha
una pasta	el botarate
ama de leche	pila de agua bendita
ama seca	vaca lechera
quita pesares	etc.

El representante más típico de este grupo es el llamado "una madre", persona bondadosa, dispuesta a ayudar siempre y en quien se puede confiar totalmente. Otro tipo representativo es el llamado "paño de lágrimas" persona a la que las otras recurren en pos de consuelo cuando están en desgracia.

Grupo 4.— Son los explotadores pasivos. Aquellos en los que predomina una actitud receptiva y parasitaria, que literalmente se "prende" de los otros para obtener algo. En este grupo tenemos:

el come-echado
el sanguijuela
el esparadrapo
el hueveador
el zángano
etc.

el mantenido
el pedilón
el lapa
el chicle
el estampilla

El representante más típico de este grupo es el "comechado", que como su nombre lo indica es la persona a la que le dan de comer sin que trabaje, a la que se deja mantener.

Grupo 5.— Son los que necesitan que los estén presionando constantemente para que puedan cumplir. Son lentos, pasivos y generalmente decepcionan porque su rendimiento no guarda relación ni con su real capacidad ni con las expectativas puestas en ellos. En este grupo tenemos:

el dejado
el calmoso
el lerdo
el flojo
etc.

el remolón
el pachochin
el tortuga
el aguado
el frío

El representante más típico de este grupo es el "dejado" y se refiere a aquella persona que deja pasar oportunidades, que posterga el cumplimiento de sus obligaciones y que no marcha al ritmo de la exigencia de las situaciones.

Grupo 6.— Son aquellos que dominan a los demás con amor y halagos y que generalmente se muestran simpáticos, agradables y lisonjeros. Suelen escalar posiciones que están por encima de sus reales capacidades. En este grupo tenemos:

el trepador
el zalamero
el engañador

el melcocha
el meloso
el franela

OBJETIVOS Y METODO

Nos hemos propuesto en este trabajo:

1.— Hacer una recopilación de los términos mas frecuentemente usados por el "criollo" para tipificar formas de conducta y rasgos de carácter.
2.— Reunir estos tipos en grupos de acuerdo a características comunes.
3.— Describir en cada grupo los tipos más representativos.
4.— Analizar de acuerdo a la valoración implícita de esta tipología, algunos rasgos en la personalidad básica del "criollo".

Damos el nombre de "criollo" al limeño y por extensión al costeño. El "criollo" generalmente pertenece a la clase media y a la clase inferior. Posee un estilo de vida característico y un conjunto definido de tradiciones y costumbres. Habla sólo castellano y se diferencia nítidamente del indígena a quien a menudo sub-estima.

Para la reunión de nuestro material hemos utilizado diversas fuentes, pero principalmente las encuestas entre obreros, estudiantes, empleados y profesionales de distinta edad y sexo, con la única condición de que fueran "criollos". Hemos revisado también a los escritores costumbristas contemporáneos y el fichero de doce mil peruanismos del Instituto de Filología de la U.N.M.S.M. *

Como se comprenderá, la mayoría de las palabras que hemos registrado tienen una acepción particular (local) que se aparta muchas veces de la significación académica.

RESULTADOS

Hemos reunido más de setecientos vocablos usados en la descripción de rasgos caracterológicos. Los exponemos como vocabulario en un Apéndice aparte, ordenados alfabéticamente y con su respectivo significado.

Hemos hecho una clasificación de estos tipos teniendo en cuenta las pautas mostradas en las relaciones interpersonales. Presentamos a continuación los veinticinco grupos que hemos encontrado:

---

* Agradecemos al Dr. José Jiménez Borja, la gentileza de poner a nuestra disposición el valioso fichero de Peruanismos del Instituto de Filología de la U.N.M.S.M.

el sobón
el escobilla
etc.
el adulón
el adulete

El representante mas típico de este grupo es el "trepador", es decir, aquella persona que logra rápidamente escalar posiciones mas que por propios méritos porque sabe aprovechar las oportunidades y porque usa de la adulación con los poderosos.

Grupo 7.— Son los atemorizados y huidizos, que se sienten incómodos e inhibidos frente a personas extrañas, rehuyendo su encuentro. En este grupo tenemos:

el corto
el pavo
el timorato
el recién bajado
el montubio
el gallina en corral ajeno
el acholado
el asorochado
el azareado
el achanchado

El apelativo "gallina en corral ajeno" expresa muy gráficamente la situación de temor e inhibición frente a los extraños.

Grupo 8.— En este grupo están representados los que se aislan no por timidez, sino porque prefieren estar solos y por que parece no interesarles realmente la compañía de los demás. Aquí tenemos:

el casa sola
el hongo
el monja de claustro
el ermitaño
el isla
etc.

El "casa sola" constituye el representante más típico de este grupo y se refiere a aquella persona que organiza su vida alejada de los demás. Es el tipo de personalidad no participante.

Grupo 9.— Son los que establecen distancias en forma selectiva mostrándose rígidos e interfiriendo la espontaneidad de los demás. En este grupo tenemos:

el sobrado
el tipo
el creído
el echado para atras
el tagarote
el pantorrilludo

el crecidito
el parado
el copetudo
etc.
el pituquito
el linajudo
el gagá

El representante más típico es el "sobrado" y se refiere a aquella persona que se siente superior y lo demuestra.

Grupo 10.— Son luchadores que les gusta salirse siempre con la suya. Obstinados, ceden muy dificilmente. Les falta elasticidad. En este grupo tenemos:

el contreras
el terco
el alegoso
el emperrechinado
el nunca pierde
el afanoso
el empeñoso
el mula
el jalisco
etc.

El representante más típico de este grupo es el "contreras" y se refiere a aquel que siempre se pone en la oposición. "Dime lo que piensas para oponerme" es la expresión que resume la actitud básica del "contreras".

Grupo 11.— Aquí están los que tratan de relacionarse con los demás impresionando y dominando. Buscan caer bien, aman la figuración, la vanagloria y procuran convertirse siempre en el centro de atención. En este grupo tenemos:

el teatrero
el peliculín
el tierroso
el chamullero
el huachafo
etc.
el pura pose
el firuletero
el pura pinta
el huatatiro
el puro bla bla

El representante más típico de este grupo es el teatrero, que es aquel que hace de la gente su público y de la vida su teatro, aquel que falto autenticidad todo lo subordina a su exagerada necesidad de figuración.

Grupo 12.— Son los explotadores activos, aquellos que se acercan a los demás para aprovecharse de ellos. En este grupo tenemos:

el negrero
el sableador
el vividor
el interesado
el abusivo
el aprovechador
el vampiro
el sacrón
el prepotente
el tiburón
el acaparador
el atropellador
el pulpo
etc.

El representante más típico de este grupo es el "negrero", es decir aquella persona que no tiene consideración por los demás y que los explota en provecho propio como si fueran sus esclavos.

Grupo 13.— Los que para obtener lo que se proponen no vacilan en sorprender la buena fe de los demás, usando la traición, la mentira y toda clase de recursos inmorales. En este grupo tenemos:

el tramposo
el cuentero
el latero
el palero
el vendido
el torcido
el tonguero
el amarillo
el enredista
el sabido
el comodín
el aconchavado
el soplón
el bocón
el fuelle
el revesero
etc.
el cunda
el atorrante
el avivato
el forajido
el mierda
el tremenda lagartija
el choro
el pericote
el mañoso
el revesero
el amarrador
el cuchillo
el mafioso
el asolapado
el perro muertero
el pata amarilla

El representante más típico de este grupo es el "cuentero", persona que miente e inventa historias para hacer caer a los incautos. Otro tipo característico de este grupo es el "comodín" y se refiere a aquel

que se las ingenia para ganar siempre, para estar en los dos lados. El "comodín" no abraza ningún principio sino que adopta momentáneamente el que más le conviene a sus particulares intereses. El "asolapado" es el hipócrita que aparenta amistad para agredir emboscadamente.

Grupo 14.— Son los que se muestran desintegradores e inoportunos, interfiriendo la espontáneidad de los demás. Generalmente son mal aceptados y ganan enemistadas con facilidad. En este grupo tenemos:

el ochero
el carbonero
el saca pica
el agua fiestas
el metete
el metejones
el metiche
el partidor
el garganteador
el pulga
etc.
el chacrero
el cachasiento
el mete pata
el mete vicio
el pesado
el espeso
el acusete
el oletón
el criticón
el alaraquiento

El representante más típico de este grupo es "el agua fiestas", cuyo nombre es bastante demostrativo y se refiere a aquel cuyas actitudes impiden que otros culminen sus propósitos.

Grupo 15.— Los que agreden constantemente a los demás mostrándose desconsiderados y con un constante afán de dominio. En este grupo tenemos:

el chucha
el desgraciado
el gran puta
el maloso
el san puta
el amolado
el busca líos
el cargoso
el jijuna
el ronco
el prendido
el fregado
el jodido
el mala sangre

el batidor
el maldito
el odioso
el matón
el prepotente
etc.
el boca sucia
el mala fé
el quema sangre
el liero
el bochinchero

El representante más característico de este grupo es "el chucha". Su nombre deriva del órgano sexual femenino (esto es sugestivo en el criollo de un temor a la mujer castradora, a la vagina dentada). El "san puta" constituye la forma extrema de este grupo. Es la persona sin escrúpulos, capaz de todo. Su nombre proviene de la unión de dos palabras de significado contrario: lo puro y lo masculino por un lado y lo pecaminoso y lo femenino por otro.

Grupo 16.— Los que evidencian recelo, desconfianza y sensibilidad exagerada en su relación con los demás. En este grupo tenemos:

el mal pensado
el quisquilloso
el arisco
etc.
el ideático
el mírame y no me toques
el picón

El representante más típico de este grupo es "el quisquilloso", persona a la que hay que tratar con extremado tacto, porque de todo se ofende.

Grupo 17.— Los insatisfechos crónicos que adoptan siempre una actitud de queja. En este grupo tenemos:

el don quejas
el llorón
el quejumbroso
el quejoso
el plañidero
el lagrimita
la dolorosa
etc.

El representante más típico de este grupo es "el quejumbroso" y se refiere a aquellas personas que aún en sus mejores situaciones siempre encuentran de que lamentarse.

Grupo 18.— Los que pierden fácilmente la calma tornándose intranquilos e irritables. En este grupo tenemos:

el muñequero	el amargo
el costal de nervios	el bilioso
el genioso	el fosforito
etc.	

El representante más típico de este grupo es el "muñequero", persona a la que le dan los "muñecos", es decir, se pone fácilmente nerviosa.

Grupo 19.— Los activos muy listos e independientes. Buscan y aprovechan las oportunidades. No vacilan en sacrificar a los demás para lograr sus ambiciones. En este grupo tenemos:

el pendejo	el buscón
la loba	el escurridizo
el vivo	el madrugador
el criollazo	el partidor
el entrador	el angurriento
etc.	

El representante más típico de este grupo es el "pendejo", persona muy lista que consigue lo que quiere. Su nombre deriva del vello que cubre los genitales y expresa simbólicamente el hecho de estar cerca a lo vedado o a lo difícil.

Grupo 20.— Los que gustan y buscan la compañía de los demás; hay en ellos una actitud activa de acercamiento. En este grupo tenemos:

el amiguero	el sociable
el conversador	el comadre
el comunicativo	etc.

El representante más típico de este grupo es el "amiguero" que fácilmente establece relaciones de amistad con los demás.

Grupo 21.— Los que acortan distancias y rompen formalismos. Suelen provocar reacciones de alejamiento. En este grupo tenemos:

el confianzudo	el tuteador
el francote	el huasón
el chacarero	el vulgar
el entrador	etc.

El representante típico de este grupo es el "confianzudo" tipificado como aquel que "se le da la mano y se va hasta el codo". Rompe el llamado "espacio individual".

Grupo 22.— Los cumplidores, perfeccionistas y muy activos. Generalmente algo rígidos, son sin embargo siempre productivos. Inspiran confianza. En este grupo tenemos:

el navajita	el contraído
el formal	el cumplidito
el ladrillo	el cumplido
el serio	el derecho
el aplicado	el puntilloso
etc.	

El representante más típico de este grupo es el "ladrillo", persona trabajadora y eficiente.

Grupo 23.— Los insensibles a la crítica, poco considerados por los demás y que suelen hacer cosas indebidas a "vista y paciencia" de todos los demás. En este grupo tenemos:

el fresco	el sinverguenza
el lechuga	el pechugón
el conchudo	el suelto de huesos
etc.	

El representante más típico de este grupo es el "conchudo", cuya característica se ajusta bastante bien a la descripción dada para todo el grupo.

Grupo 24.— Los luchadores activos que saben enfrentarse con valor a las situaciones adversas. En este grupo tenemos:

el enrazado
el de agallas
el de temple
etc.
el machazo
el de pelo en pecho
el de cojones

El representante de este grupo es "el de temple" persona que soporta con entereza y sin desmayo todas las dificultades.

Grupo 25.— Los que confían en sí mismos y son capaces de acercarse amablemente a los demás. La seguridad y la elasticidad son sus características. Suelen inspirar confianza y admiración. En este grupo tenemos:

el desenvuelto
el aplomado
el conciente
el razonable
el considerado
el tranquilo
el bien de triana
el cuajado
el suelto
etc.

El que mejor tipifica este grupo es el "considerado", persona amable que tiene en cuenta las necesidades de los demás.

DISCUSION

Queremos repetir aquí que una de las cosas más importantes que caracterizan a los vocablos estudiados, es la gran capacidad que poseen para vehiculizar emociones. Es precisamente debido a esa carga emocional el que muchas de estas expresiones sean consideradas como "malas palabras" (entiéndase malas emociones), sobre todo aquellas que más abiertamente expresan agresividad o sexualidad.

Al lado pues de una caracterología científica con toda su probada validez, existe también —si se nos permite la expresión— una "caracterología popular", quizás menos sistemática y de menor validez cognitiva pero siempre mucho más vivida y más ligada a la imagen que cada pueblo tiene de sí mismo.

Si relacionamos esto con el problema de las funciones psicológicas del lenguaje, estudiadas ya tan brillantemente por Bühler y por Lain Entralgo, encontramos que la caracterología científica, eminentemente conceptual, cumple fundamentalmente una función repesentativa-esclarecedora, en cambio la caracterología popular, además de cumplir esta función, cumple a plenitud las funciones expresivo-catártica y vocativo-sodálica, donde la emoción y no el intelecto juega papel importante.

Sabemos que es difícil en un evento científico como este, decir o escuchar "malas palabras". Pero creemos —a manera de justificación— que como estudiosos de la conducta humana debemos tener el valor de discutir con serenidad y con altura esas expresiones del alma popular.

Los "criollos" sobre todo los hombres, son aficionados a expresarse con palabras subidas de tono ("hablar con aderezos" suele decirse) esto constituye una de los características y cumple una función de auto afirmación.

Como hemos podido apreciar, la mayoría de las palabras que hemos expuesto, en su mayoría cargadas de agresividad, son usadas como insultos y llevan implícita una valoración que nos permite deducir los temores y los deseos del "criollo", así como las pautas con las que se identifica.

Creemos que entre todos los tipos psicológicos estudiados hay tres —el chucha, el pendejo y el cojudo— que por su alto contenido emocional y su fuerza expresiva resumen a todos los otros y en los que se aprecia una gradiente que va de la actividad a la pasividad, de lo hostil a lo erótico y de lo masculino a lo femenino. El "chucha" es el agresivo-destructivo. El "cojudo" es el pasivo-inerme. Ambos constituyen la negación de los valores del "criollo". El "pendejo" es el agresivo-productivo con cuyos rasgos de astucia e independencia se identifica el "criollo". Por algo se dice "criollazo" como sinónimo de "pendejo".

El "pendejo" resulta así un personaje reactivo (siempre despierto) movido por la ansiedad de mutilación y por temor a la mujer dominante (la mujer hombruna).

En nuestra experiencia clínica hemos encontrado una mayor incidencia de conducta donjuanesca y de impotencia sexual coeundi entre los "criollos" que entre los indígenas.

Por otro lado S. Zapata y colaboradores estudiando la temática del Vals criollo, han encontrado siempre el temor a la mujer frustradora, lo que parece constituir otro rasgo en la personalidad básica del criollo.

La gran cantidad de palabras para referirse tanto al homosexual masculino como a las personas pasivas y la enorme carga de desprecio implícita en estas expresiones nos muestran el ideal de virilidad y de agresividad que mueve al criollo, fenómeno este que guarda similitud con el "machismo" descrito en México.

VOCABULARIO

ABEJITA.	Laborioso, trabajador.
ACAMALADO.	Dícese del que vive en estado de concubinato.
ACAPARADOR.	Que quiere todo para sí.
ACEITUNA.	Mujer a quien los años han desmejorado.
ACELERADO.	Apurado.
ACOMPLEJADO.	Tímido, inseguro.
ACONCHABADO.	Dícese del que entra en componendas.
ACUSETE.	Entre colegiales, el muchacho que se ocupa de var chismes y delatar a sus compañeros.
ACHANCHADO.	Cohibido, turbado, avergonzado.
ACHOLADO.	Individuo con rasgos de indígena.
ACHISPADO.	Borracho.
ACHOLARSE.	Avergonzarse, confundirse, cohibirse.
ADULETE.	Adulador.
ADULON.	Adulador.
AFANOSO.	Empeñoso.
AFIFIZADO.	Afeminado.
AGARRADO.	Avaro.
AGUADO.	Sin gracia.
AGUA FIESTAS.	Que interfiere o dificulta la diversión de los demás.
AGUARDIENTOSO.	Dícese del que tiene voz ronca, característica de los alcohólicos.
AGUILA.	Despierto.
AHUESADO.	Pospuesto, estancado.
AJADITA.	Persona entrada en años.
AJOCHADO.	Estar en situación difícil.
	Controlado.
ALHARAQUIENTO.	Individuo afecto al aspaviento.
ALBERTIDO.	Hombre con experiencia, conocedor al que es difícil engañar.

ALBERTO.	Véase albertido.
ALCAHUETE.	Celestino.
ALCALDE.	Alcahuete.
ALEGOSO.	Discutidor. Afecto a los alegatos.
ALEGRE.	Ligeramente embriagado.
ALEGRON.	Ligeramente embriagado.
ALIMEÑADO.	Afectado por los modos y costumbres de la capital.
AMANERADO.	Teatral, afeminado.
AMARGADO.	Molesto.
AMARGO.	De mal genio.
AMARILLO.	Falso.
AMARILLOSO.	Falso.
AMARRADOR.	Tramposo.
AMA DE LECHE.	Persona que ayuda a los demás como si fuera una madre.
AMA SECA.	Véase AMA DE LECHE.
AMARRETE.	Avaro, tacaño.
AMELCOCHADO.	Excesivamente cariñoso.
AMETRALLADORA.	Dislálico, tartamudo.
AMOLADO.	Fastidioso.
AMO Y SEÑOR.	Dueño de una situación.
ANGURRIENTO.	Ambicioso.
ANIÑADO.	Engreido, afeminado.
	Persona que busca camorra a los demás.
ANTIPATICO.	Persona desagradable, que no inspira simpatía.
APLICADO	Dedicado, rendidor.
APLOMADO.	Seguro de sí.
ARGOLLA.	Homosexual.
ARMADO.	De mal genio.
	Que se encuentra en estado etílico.
ARRANCADO.	Sin dinero.
ARREBATADO.	Persona que no se puede controlar.
ARRECHO.	Excitado sexualmente.
ASMATICO.	Homosexual masculino.
ASOLAPADO.	Hipócrita.
ASOROCHADO.	Avergonzado.
ATORRANTE	Vagabundo.
ATRASADOR.	El que tiene relaciones amorosas con mujer ajena.
ATROPELLADOR.	Impetuoso, desconsiderado.
AVENTADO.	Intrépido.
AVENTAJADO.	Que tiene el pene grande.
AVISPADO.	Vivo, despierto, agudo, hábil.
AVIVATO.	Aprovechador.
AZAREADO.	Avergonzado.

BABOSO.	Tonto.
BACAN.	Elegante, presumido.
BACHICHE.	Italiano.
BADULAQUE.	Persona necia, informal.
BAGRE.	Mujer fea.
BAGRERO.	Dícese del que enamora mujeres feas.
BAQUIANO.	Experimentado, diestro.
BARCHILON.	Enfermero de hospital, ayudante de enfermería.
BARRIL SIN FONDO.	Glotón.
BASURA.	Persona despreciable, baja, ruin.
BASUREADO.	Despreciado, desplazado.
BATIDOR.	Burlón, fastidioso.
BEMBON.	Persona de labios prominentes.
	Persona de raza negra.
BICHO.	Persona insignificante, despreciable.
BIEN DE ADENTRO.	Despierto, experimentado.
BIEN DE TRIANA.	Véase BIEN DE ADENTRO.
BIEN PLANTADO.	De buen aspecto físico.
BILIOSO.	Colérico, malhumorado.
BIZCOCHO	persona que sufre de estrabismo
BIZOÑO.	Principiante, inexperto.
BLA BLA.	Hablador.
	Que promete y no cumple.
BLANCO.	Hombre de raza blanca.
BLANQUIÑOSO.	Hombre de raza blanca.
BOCABIERTA.	Tonto.
BOCA BOCA.	Que promete y no cumple.
BOCON.	Delatador.
BOCA SUCIA.	El que se expresa con palabras soeces.
BOCHINCHERO.	Pendenciero, escandaloso.
BOLUDO.	Tonto.
BORRACHO.	Embriagado.
	Alcohólico.
BORRACHOSO.	Alcohólico.
BOTARATE.	Despilfarrador.
BOYANTE.	Que tiene dinero.
BRAVUCON.	Agresivo, prepotente.
BUENA CABEZA.	Que dificilmente se embriaga.
BUENA PINTA.	De buen aspecto físico.
BUEN DIENTE.	Que come en exceso.
	Que le agrada comer.
BULLERO.	Escandaloso.
BUSCA LIOS.	Pendenciero.
BUSCA PLEITOS.	Pendenciero.
	Abogado.

CABRITILLA.	Que vive del comercio sexual de las mujeres, rufián.
CABRON.	Véase CABRITILLA.
CABULERO.	Supersticioso.
CACANERO.	Homosexual activo.
CASERO.	Parroquiano, cliente.
CACHACIENTO.	Burlón.
CACHAZUDO.	Flemático.
CACHERAZO.	Muy viril, que tiene relaciones sexuales con frecuencia.
CACHERO.	Véase CACHERAZO.
CABEZA DE POLLO.	Que se embriaga con facilidad.
CACHUDO.	Engañado por la mujer.
CACHUELERO.	Persona que efectúa pequeños trabajos para vivir.
CAFICHO	Véase CABRITILLA.
CAGADO.	Maltratado, de mala presencia, de pésima suerte.
CAIDO.	En desgracia.
	Tonto.
CAIDO DEL CATRE.	Tonto.
CAIDO DEL NIDO.	Tonto.
CALAPITRINCHE.	Flaco, desgarbado.
CALATO.	Sin dinero.
	Desnudo.
CALAVERA.	Persona amante de las juergas.
CALENTADOR.	Persona que le prepara el terreno a otro. Dícese de la persona que excita sexualmente a su pareja y otro la aprovecha.
CALIENTE.	De mal genio.
CALMOSO.	Lento.
CALZONUDO.	Tonto.
CALLADO.	Pasivo, tranquilo, de poco hablar.
CALLEJONERA.	Escandalosa, pendenciera.
CAMARONERO.	Que hace trampa.
	Que se parcializa.
CAMOTUDO.	Que se enamora rápida e intensamente.
CANCHERO.	Experimentado.
CANDELEJON.	Tonto.
CANDIDA.	Inocente, tonta.
CANGREJO.	Vivo, listo.
CAPAZOTE.	El más importante, el mejor, el más capaz.
CAPITULERO.	El hombre de las elecciones populares, el que dispone de la gente para sacar adelante un candidato.
CAPO.	Véase CAPAZOTE.
CARADURA.	Sinverguenza.
CARA MITAD.	Esposa, mujer.
CARBONERO.	Que estimula el antagonismo entre otras personas.

CARCAMAN.	Se dice de las personas ancianas y achacosas. Persona lenta, torpe.
CARCANCHA.	Flaco, maltrecho.
CARIACONTECIDO.	Triste, con cara de dolor.
CARIDOLIENTE.	Véase CARIACONTECIDO.
CARGOSO.	Fastidioso.
CARNERITO.	Persona que se deja mandonear por otro.
CARNERO.	Véase CARNERITO.
CARRETA.	Amigo íntimo.
CARTUCHA.	Virgen.
CASA SOLA.	Solitario, aislado.
CASCARRABIAS.	De mal genio.
CERRADITA.	Virgen.
CASTIGADOR.	El que hace sufrir a su pareja.
CIRIACO.	Enamorado, picaflor.
CIRIO.	Véase CIRIACO.
COJUDO.	Tonto.
COMADRE.	Hablador, chismoso.
COME COME.	Que come en exceso.
COMECHADO.	Ocioso, flojo.
COMELON.	Que come en exceso.
COME PIEDRAS.	Que gusta de cualquier comida.
COMER COMO CURA EN CASA AJENA.	Que come en exceso.
COMER COMO OBISPO.	Que come en exceso.
COMER COMO PRESO POLITICO.	Que come en exceso.
COMODIN.	Que busca situaciones de las que pueda sacar provecho.
COMODON.	Que le gusta la comodidad.
COMPINCHE.	Compañero.
COMPRA PLEITOS.	Pendenciero.
CONSENTIDO.	Protegido.
CONTRERAS.	Porfiado, siempre dispuesto a la oposición.
CONVENIDO.	El que acepta situaciones indecorosas de las que puede sacar provecho.
COÑETE.	Tacaño, avaro.
CORNETERO.	El que practica felacio.
CORNUDO.	Véase CACHUDO.
CORREDOR.	Cobarde.
CORREO SIN ESTAMPILLAS.	Chismoso.
CORRIDO.	Asustado.
CORTO.	Tímido.
COSTILLA.	Esposa.

CRECIDO.	Super valorado.
CREIDO.	Vanidoso.
CONCHUDO.	Sinverguenza, caradura.
CRITICON.	Que todo lo censura.
CUAJADO.	Equilibrado, maduro.
CUCO.	Que conoce, que domina una situación.
CUCUFATO.	Extremadamente religioso, beato.
CUCHILLO.	Agresivo, que todo lo censura con mala intención.
CUENTERO.	Mentiroso, fantancioso.
CUNDA.	Alegre, vivo, despierto.
CURIOSO.	Conocedor pero en forma empírica.
CURRUPANTIOSO.	Estrafalario.
CUTATO.	Hombre de raza negra.

CHACRERO.	Bromista, fastidioso.
CHALACO.	Natural del Callao.
CHALADO.	De conducta rara, diferente.
CHAMUCHINA.	Plebe, populacho, gente ruin y soez.
CHAMULLERO.	Hablador, conversador.
CHANCHO	Gordo. Sucio.
CHANCHO DE ENGORDE.	Que come exageradamente.
CHANCHULLERO.	Tramposo.
CHANCON.	Exageradamente estudioso, que le cuesta trabajo Aprender
CHAPETON.	Español.
CHARAPA.	Natural de la selva del Perú.
CHASCOSO.	De pelo revuelto, desgreñado.
CHATO.	De pequeña estatura. Embriagado.
CHIC.	Elegante.
CHICLE.	Dícese del hombre meloso, empalagoso.
CHIFLADO.	Véase CHALADO.
CHIGUAGUA.	De pequeña estatura.
CHINCHE.	Antipático.
CHINCHOSO.	Ver CHINCHE.
CHINO CHOLO.	Resultado de la mezcla de la raza amarilla con la indígena.
CHISMOSO.	Murmurador, que lleva y trae noticias con el fin de hacer daño.
CHIVATO.	Homosexual masculino.
CHOLERO.	Que gusta enamorar cholas.
CHOLIFACIO.	Resultado del cruzamiento entre el blanco y el indio.

CHOLO.	Ver CHOLIFACIO.
CHONTANO.	Serrano.
CHONTRIL.	Ver CHONTANO.
CHORO.	Ladrón.
CHUCHA.	Organo sexual femenino. Persona inexcrupulosa, malvada.
CHUCHUMECA	Prostituta.
CHUECO.	Torcido.
CHUNCHO.	Tímido.
CHUPA MEDIAS.	Rastrero.
CHUPA CIRIO.	Beato, afeminado.
CHUPA TINTA.	El que se dedica a trámites legales sin título profesional.
CHUPE.	Principiante, inexperto, sirviente.
CHURRO.	Mujer agradable.
DALE Y DALE.	Trabajador, empeñoso.
DANDI.	Elegante.
DE AGALLAS.	Valiente.
DECENTE.	Recto, responsable, serio. Persona de clase social elevada.
DE COJONES.	Ver DE AGALLAS.
DE COPETE.	Persona de clase social elevada.
DEJADO.	Negligente, perezoso.
DE LA HOJA.	Homosexual masculino.
DE PELO EN PECHO.	Ver DE AGALLAS.
DE PESO.	Persona importante.
DERECHO.	Integro, recto.
DESCACHALANDRADO.	Desaliñado.
DESCARADO.	Desvergonzado.
DESCUAJERINGADO.	Individuo negligente en su traje y ademanes, desgarbado, desaliñado.
DESENVUELTO.	Hábil, atrevido, expedito en el hablar, desembarazado.
DESLENGUADO.	Ver CHISMOSO.
DESPRENDIDO.	Generoso.
DE TEMPLE.	Ver DE AGALLAS.
DICHARACHERO.	El que expresa en forma ligera y alegre.
DISFORZADO.	Falto de compostura, el que se excede en sus manifestaciones exagerándolas.
DISTICOSO.	Aprehensivo para comer.
DIVERTIDO.	Ver CALAVERA.
DON NADIE.	Que no vale, insignificante.
DON PERFECTO.	Meticuloso, con afán de perfección, sobrevalorado.

DUCHO.	Hábil.
DURO.	Avaro.
	Aspero, falto de sentimientos, inflexible.
ECHADO PARA ATRAS.	Pretencioso.
EMBOLADO.	Distraído, lerdo, tonto.
EMPAVADO.	Avergonzado, sonrojado.
EMPEÑOSO.	Esforzado, insistente, trabajador.
EMPERIFOLLADA.	Bien vestida, adornada.
EMPERRICHINADO.	Porfiado, terco.
EMPILCHADO.	Bien vestido.
ENAMORISCADO.	Enamorado.
ENANO.	De pequeña estatura.
ENCAMOTADO.	Enamorado.
ENCHICHADO.	Embriagado.
ENGAÑADO.	Que se sobrevalora.
ENGAÑADOR.	El que pretende conseguir algo mediante una actitud gratificadora.
ENMONADO.	Embriagado.
ENRAZADO.	Ver DE AGALLAS.
ENREDISTA.	Chismoso, mal intencionado, retorcido.
ENSARTE.	El que decepciona.
ENTELADO.	Bien vestido.
ENTRADOR.	Desenvuelto, atrevido, que no se amilana, audaz.
ENTUMIDO.	Deprimido, encogido.
ENVARADO.	Dícese del que tiene influencias.
ERMITAÑO.	Solitario, aislado.
ESCASO.	Falto de inteligencia.
ESCLAVO.	Dícese del que se deja dominar con facilidad.
ESCOBILLA.	Adulador.
ESCOBITA NUEVA.	Dícese del que inicia uno actividad poniendo singular empeño.
ESCURRIDIZO.	Que escapa, que no enfrenta situaciones que lo comprometan.
ESPANTA PAJAROS.	Feo, desagradable.
ESPARADRAPO.	Ver CHICLE.
ESPESO.	Desagradable, antipático.
ESPONJA.	Borracho, que ingiere licor en abundancia.
ESTAMPILLA.	Ver CHICLE.
ESTUFA.	Ver CALENTADOR.
FACHENDOSO.	Vanidoso, ostentoso.
FACHOSO.	De buen aspecto, bien vestido.
FAITE.	Camorrista, matón, pendenciero.
FALLUTE.	Falso, incumplido, impuntual.

FANTOCHE.	Persona sin voluntad, que se deja manejar facilmente.
FAROLERO.	Mentiroso, fantaseador.
FELICIANO.	Feliz.
FELIGRES.	Hombre.
FELIGRESA.	Mujer.
FETO.	Feo, fea.
FI FI.	Afeminado.
FIGURIN.	Ver CHIC.
FIRULETERA.	Mujer llena de aspavientos.
FISGON.	Entrometido.
FLACUCHENTO.	Delgado, desgarbado.
FLOJO.	Holgazán, perezoso. Cobarde.
FLORIPONDIO.	Homosexual masculino.
FRANELA.	Ver ESCOBILLA.
FREGADO.	Fastidioso.
FRESCO.	Sinverguenza, confiado, descarado.
FRIA.	Frígida.
FRIO.	Insensible, calculador.
FOSFORICO.	Cólerico, violento.
FUELLE.	Delator.
FULERO.	Dícese de la persona carente de valor o calidad.
GAGA.	Ver DE COPETE.
GALIFARDO.	Rebuscador, sabido.
GALLINA EN CORRAL AJENO.	Dícese del que se siente desadaptado en una situación nueva.
GALLITO DE PELEA.	Pendenciero.
GALLO.	Marido, amante, enamorado.
GANCHO.	Amigo, camarada.
GANCHURIME.	Ver GANCHO.
GARGANTEADOR.	Que vive o se divierte a costa ajena.
GARIFO.	Sin dinero.
GENIOSO.	De carácter inestable, colérico.
GIL.	Tonto.
GILA.	Mujer.
GORRERO.	Ver GARGANTEADOR.
GRINGO.	Extranjero de raza blanca, rubio.
GUAPO.	Valiente. Bien plantado.
GUARAPERO.	Alcohólico.
GUAYACOL.	Alcohólico.

HABILOSO.	Hábil, que tiene capacidad o disposición para ciertas cosas.
HINCHA.	Amigo, admirador.
HACHA.	Ver CUCHILLO.
HASME REIR.	Ridículo.
HEMBRA.	Mujer.
HISTERICA.	Mujer hiper sexual.
	Mujer de carácter inestable, teatral.
HOJITA DE TE.	Homosexual masculino.
HOMBRE ORQUESTA.	Dícese de la persona que puede desempeñar funciones diversas.
HONGO.	Solitario, aislado.
HORMIGUITA.	Ver ABEJITA.
HUACO.	Feo, fea.
HUACHAFO.	Extravagante y ridículo en su vestir o en su conducta. Que pretende ser lo que no es imitando a las clases superiores.
HUACHO.	Expósito.
	Solitario.
HUANACO.	Natural de la sierra.
	Bruto.
HUARAPERO.	Alcohólico.
HUASON.	Vulgar.
HUATATIRO.	Persona que se viste en forma extravagante, siguiendo una determinada moda.
HUELE GUISO.	Entrometido, que llega sin ser invitado.
HUELE PEDOS.	Rastrero.
HUESERO.	Médico traumatólogo.
	Empírico que trata fracturas y otras afecciones óseas.
HUESO.	Incapaz.
HUEVAS TRISTES.	Tonto.
HUEVEADOR.	Ocioso, flojo.
HUEVON.	Tonto.
IDEATICO.	Persona de trato difícil por la inestabilidad de su carácter.
IDO.	Ver EMBOLADO.
IMPAVIDO.	Fresco, descarado.
INVERTIDO.	Homosexual masculino.
IRSE EN CALDO.	Errar, equivocarse, fallar.
ISLA.	Solitario, de difícil relación.
JALADO.	Embriagado.
JALISCO.	Terco, porfiado.

JAMONUDO.	Ver CREIDO.
JARANISTA.	Amigo de las diversiones.
JARRO.	Alcohólico.
JEREMIAS.	Quejumbroso, plañidero.
JIJUNA.	Persona sin escrúpulos, malvado.
JODIDO.	Fastidioso, agresivo.
LABERINTOSO.	Escandaloso, pendenciero.
LADRILLO.	Excesivamente trabajador.
LAGARTIJA.	Persona sin escrúpulos, audaz.
LAMBEPLATO.	Servil.
LAMBISCON.	Entrometido.
	Que le gusta probar de todos los platos.
LATERO.	Engorroso, fastidioso, hablador en exceso.
	Mentiroso.
LECHERO.	Con suerte.
LECHUCERO.	Chofer de servicio público que trabaja de noche.
LEGULEYO.	Abogado.
	Discutidor, porfiado.
LEIDO.	Instruido.
LENGUA LARGA.	Chismoso, murmurador.
LENGUARAZ.	Ver LENGUA LARGA.
LENGUA VIPERINA.	Chismoso, murmurador, malediciente.
LERDO.	Pesado, torpe.
LINAJUDO.	Ver DE COPETE.
LISO.	Insolente, atrevido.
LISURERO.	Que emplea lenguaje soéz o picaresco.
LISURIENTO.	Ver LISURERO.
LOBA.	Vivo, despierto, audaz, hábil.
LOCA.	Homosexual masculino.
LOCO.	De conducta rara, diferente.
LOQUIBAMBIA.	Ver LOCO.
LOCUMBA.	Ver LOCO.
LOCUMBETA.	Ver LOCO.
LOMO.	Mujer físicamente atractiva.
LOQUERO.	Médico psiquiatra.
LORO.	Hablador, excesivamente conversador.
LUNATICO.	Inestable, con periódicas alteraciones del cáracter.
LLORON.	Pedilón, exigente, plañidero.
MACACO.	Chino.
MACETA.	Fuerte, bien constituido, musculoso.
MACETEADO.	Ver MACETA.

MACRO.	Rufián.
MACUCO.	Mañoso.
MACHO.	Muy masculino.
	Valiente, atrevido.
MACHONA.	Homosexual femenino.
MACHOTE.	Ver MACHO.
MADRUGADOR.	Ambicioso y competitivo, que saca ventaja a sus rivales adelantándoseles.
MAFIOSO.	Que juega haciendo trampa.
MALA FE.	Malvado, malintencionado.
MALA SANGRE.	Colérico, irritable.
MALDITO.	De mala intención, perverso, agresivo, prepotente.
MALETA.	Incapaz.
MALOSO.	Agresivo, prepotente, de mala intención.
MALTON.	Jovencito, adolescente.
MAMARRACHO.	Que no vale.
MAMERTO.	Tonto.
MANDA MAS.	El que tiene la autoridad, el lider, el jefe.
MANGANZON.	Ocioso, vago, parásito.
	Lerdo.
MANIQUI.	Persona bien vestida, con exagerada elegancia.
	Persona que se deja gobernar fácilmente por otros.
MANO ABIERTA.	Ver BOTARATE.
MANO DURA	Avaro, mezquino.
MANSO.	Tonto.
	Pasivo.
MANTENIDO.	Vividor.
MAÑOSO.	Tramposo.
MARICA.	Homosexual masculino.
	Cobarde.
MARICON.	Ver MARICA.
MARIMACHA.	Homosexual femenino.
MARIPOSON.	Homosexual masculino.
MATAPERRO.	Travieso, juguetón, granuja.
MATASANOS.	Médico.
MATRERO.	Arisco, salvaje.
MECA.	Prostituta.
MEDIA NARANJA.	Esposa.
MEDIO POLVO.	De pequeña estatura.
MELOSO.	Efusivo, excesivamente cariñoso.
MENTECATO.	Tonto.
MEQUETREFE.	Pobre diablo, flaco, maltrecho.
METALIZADO.	Excesivamente interesado en el dinero.
METEJONAS.	Entrometido.
METETE.	Ver METEJONAS.
METICHE.	Ver METEJONAS.

METIDO.	Entrador, audaz.
MINA.	Prostituta.
MINETERO.	Que practica el cunnilingüis.
MIRAME Y NO ME TOQUES.	Lábil, suspicaz.
MISIO.	Sin dinero.
MISIONERO.	Ver MISIO.
MOCOSO.	Muchacho inexperto, niño.
MONA.	Embriaguez.
MONJA DE CLAUSTRO.	Solitario, aislado.
MONTA.	Homosexual masculino activo.
MOROCHO.	Moreno.
MORROÑOSO.	Triste, miserable, ruin.
MOSCA MUERTA.	Inocente, tonto.
MOSTACERO.	Homosexual masculino activo.
MOTOSO.	Modo de hablar el castellano del habitante de la sierra.
MOZON.	Juguetón, bromista.
MUCA.	Sin dinero.
MUCHA PLATA.	Jactansioso, que pregona su dinero.
MUESTRA GRATIS.	De pequeña estatura.
MUGRIENTO.	Avaro. Sucio.
MULA.	Porfiado, terco, poco inteligente.
MUÑEQUEADO.	Angustiado, nervioso.
NAUFRAGO.	Abandonado, que está en desgracia, que está sin dinero.
NEGRERO.	Abusivo, que se aprovecha del trabajo de los demás con prepotencia.
NUCO.	Homosexual masculino.
NUMERERO.	Amante de la notoriedad, teatral.
NUNCA PIERDE.	Porfiado, terco.
ÑATO.	De nariz roma. Niño.
ÑEQUE.	Avaro, tacaño.
ÑOCO.	Homosexual masculino.
OCHERO.	El que interfiere o dificulta los planes de los demas, inoportuno.
ODIOSO.	Fastidioso, antipático.
OLETON.	Está pendiente de los que hacen los demás.
OPA.	Tonto.

PACHOCHIN.	De genio pausado, lento, flemático.
PAGANINI.	El que paga las consecuencias.
PAJARITO.	Que come en pequeña cantidad.
PAJERO.	Practica la masturbación.
PALABREADOR.	El que usa la palabra para convencer y conseguir lo que quiere.
PALANGANA.	Pretencioso, fanfarrón, charlatán.
PALE.	Elegante.
PALERO.	Mentiroso, fantaseador.
PALETEADOR.	Se excita sexualmente acariciando el cuerpo de la mujer.
PALO GRUESO.	Persona importante.
PALOMILLA.	Muchacho juguetón, travieso.
PAN DE DIOS.	Excesivamente bondadoso.
PAN QUEMADO.	Se dice generalmente del hombre casado.
PANTORRILLUDO.	Arrogante, vanidoso.
PANUDO.	Arrogante, vanidoso.
PAÑO DE LAGRIMAS.	Bondadoso, comprensivo, que brinda apoyo.
PAPEADITA.	Gordita, bien comida.
PAPEL QUEMADO.	Ver PAN QUEMADO.
PAPELUCHERO.	Ver CHUPA TINTA.
PAPORRETERO.	El que aprende de memoria sin comprender el sentido.
PAQUETE.	Incapaz, inutil.
PARACAIDISTA.	Oportunista, que llega sin ser invitado, entrometido, inoportuno.
PARADITO.	Orgulloso, estirado.
PARADO.	Ver PARADITO.
PARCERO.	Amigo.
PARLANCHIN.	Que habla en exceso.
PARTIDOR.	El que le arrebata a otro su oportunidad.
PATA.	Amigo.
PATA AMARILLA.	Falto de integridad, traidor.
PATA DE PERRO.	Que le gusta siempre salir de su casa, estar en la calle, viajar.
PATAN.	Tosco, rústico.
PATULECO.	Que camina como pato.
PAVON.	Que se sonroja con facilidad, avergonzado.
PECHUGON.	Confianzudo.
PEDILON.	Pedigüeño, exigente.
PEGAJOSO.	Que se liga exageradamente a otra persona hasta fastidiarla.
PELADO.	Sin dinero, pobre.
PELICULERO.	Teatral, con afán de notoriedad, mentiroso.
PELOTUDO.	Tonto.

PENDEJO.	Vivo, despierto.
PERCUNCHANTE.	Novio, enamorado.
PERDIDA.	Prostituta.
PERDIDO.	Enviciado, de mala conducta.
PERICA.	Mujer madura que se arregla con extravagancia para aparentar juventud.
PERICO.	Ladrón.
PERICOTE.	Ver PERICO.
PERROMUERTERO.	Tramposo. Se aplica al que escapa sin pagar una cuenta.
PESADO.	Antipático, fastidioso, inoportuno.
PESETERO.	Que pide dinero en pequeña cantidad.
	Por extensión dícese del que no aprecia el valor de su trabajo y cobra poco.
PETISO.	De pequeña estatura.
PICAFLOR.	Mujeriego. Que cambia constantemente su objeto amoroso.
PICO DE ORO.	Que habla en forma brillante.
PICO DURO.	Discutidor, porfiado.
PICON.	Que no tolera bromas.
PICHICATERO.	Habituado al uso de la cocaina.
PICHIRUCHI.	Sin valor, sin importancia, principiante.
PICHON.	Novato, inexperto.
	Joven.
PIEDRA DE TOQUE.	El que da la solución final para todo problema.
PIJE.	Elegante, bien vestido.
PILA DE AGUA BENDITA.	Forma criolla del "chivo expiatorio".
PINDONGO.	De pequeña estatura.
PINTARRAJEADA.	Mujer pintada con extravagancia.
PINTON.	De buen aspecto.
PIÑA.	Sin suerte.
PIÑOSO	Ver PIÑA.
PIPON.	Gordo, obeso.
PIRAÑA.	Ambicioso, voraz.
PIRO.	Homosexual masculino.
PITITO.	Virgen.
PITUCO.	De clase social elevada.
PLACERA.	Escandalosa, pendenciera.
PLATUDO.	Adinerado.
POCA COSA.	Persona sin importancia.
	Tímido, que se amilana con facilidad.
POLILLA.	Prostitua.
POLLO.	COMER COMO - Comer escarbando, escogiendo los alimentos.
	Hombre joven.

PRECIOSURA.	Hermosa, atractiva.
PRECIPITADO.	Atolondrado, atropellado.
PRENDIDO.	Pegagoso, fastidioso.
PREPOTENTE.	Dícese del que abusa de su poder.
PROSA SUCIA.	El que no tiene en que basar su exceso de orgullo.
PROSISTA.	Vanidoso, jactancioso, que se da importancia.
PULIDO.	Fino, pulcro.
PULPO.	Acaparador, absorvente.
PUNTEADOR.	El sujeto que se excita sexualmente rosando con el pene a las mujeres en forma subrepticia.
PUNTO.	El que paga las consecuencias, el "sufrido".
PURA PINTA.	Que aparenta más de lo que vale.
PUTA.	Prostituta.
PUZANGUEADO.	Por artes mágicas se le cohibe la voluntad y se le domina en el terreno erótico.
QUEJOSO.	Que se queja exageradamente, que se muestra insatisfecho.
QUEJUMBROSO.	Que se queja frecuentemente, sin suficiente motivo.
QUEMA SANGRE.	Fastidioso.
QUINCEADO.	Engañado, equivocado.
QUISQUILLOSO	Susceptible, fácil de agraviar.
QUITA PESARES.	El que alivia, da apoyo.
QUITA SUEÑO.	Dícese de la persona de quien alguien se ha enamorado.
RABERO.	Servil.
RABIOSO.	Cólerico.
RAJON.	Que critica en forma mal intencionada chismoso.
RATON. DE BIBLIOTECA.	Excesivamente aficionado al estudio, a la lectura.
RATON DE UN SOLO HUECO.	Monógamo. Esposo fiel.
RECIEN BAJADO.	Natural de la sierra recientemente llegado a la costa. Tonto.
REGAÑON.	Que riñe, reprende.
REMOLON.	Flojo, pesado, que huye del trabajo.
RENEGON.	Malgeniado, que riñe, reprende.
RESPONDON.	Siempre dispuesto al contrataque.
RETACO.	De pequeña estatura, rechoncho.
RETRECHERO.	Disimulado, mañoso, falto de franqueza.
REVECERO.	Mañoso, falto de franqueza, retorcido.

RICA.	Sexualmente atractiva.
RIDICULO.	Estrafalario, que provoca risa, que provoca a la risa.
RONCO.	Agresivo, atrevido.
ROSCA.	Homosexual.
ROSQUETE.	Ver ROSCA.
ROSQUITA.	Ver ROSCA.
ROTOSO.	Andrajoso, sin dinero.
SABELO TODO.	Que hace jactancia de sus conocimientos, que presume de docto.
SABLEADOR.	Dícese de quien pretextando necesidades inmediatas obtiene préstamos.
SABIDO.	Vivo, despierto, aprovechador.
SACALAGUA.	Tipo que resulta de la unión de persona rubia con negra.
SACA MUELAS.	Odontólogo.
SACRON.	Ver SABLEADOR.
SALADO.	Desafortunado.
SALTON.	Desconfiado, quisquilloso.
SAMPIETRI.	Que se mete en forma inoportuna. Llega sin ser invitado.
SANGRE FRIA.	Sereno, que no se inmuta.
SAPO.	Vivo, despierto, sin escrúpulos.
SAN PUTA.	Malvado, inescrupuloso.
SACA PICA.	Que provoca cólera, generalmente con actitud burlona.
SAMPON.	Ver SAMPIETRI.
SANGRE DULCE.	Agradable, ligero, con facilidad para hacerse simpático.
SANGUIJUELA.	Persona que con astucia se aprovecha de los demás, obteniendo en forma sistemática dinero. Vivo, sin escrúpulo, audaz.
SAPO.	Que ingiere licor en abundancia.
SECANTE.	Aspero, displicente.
SECO.	Desconfiado, que toma precauciones.
SEGUROLA.	Grave, severo.
SERIO.	Sincero, sin doblez.
SERIOTE.	Ver SERIO.
SERRANO.	Natural de la sierra.
SERRUCHO.	Ver SERRANO.
SERVILLETERO.	Aficionado a enamorar sirvientas.
SIN SANGRE.	Frío, sin compasión.

PRECIOSURA.	Hermosa, atractiva.
PRECIPITADO.	Atolondrado, atropellado.
PRENDIDO.	Pegagoso, fastidioso.
PREPOTENTE.	Dícese del que abusa de su poder.
PROSA SUCIA.	El que no tiene en que basar su exceso de orgullo.
PROSISTA.	Vanidoso, jactancioso, que se da importancia.
PULIDO.	Fino, pulcro.
PULPO.	Acaparador, absorvente.
PUNTEADOR.	El sujeto que se excita sexualmente rosando con el pene a las mujeres en forma subrepticia.
PUNTO.	El que paga las consecuencias, el "sufrido".
PURA PINTA.	Que aparenta más de lo que vale.
PUTA.	Prostituta.
PUZANGUEADO.	Por artes mágicas se le cohibe la voluntad y se le domina en el terreno erótico.
QUEJOSO.	Que se queja exageradamente, que se muestra insatisfecho.
QUEJUMBROSO.	Que se queja frecuentemente, sin suficiente motivo.
QUEMA SANGRE.	Fastidioso.
QUINCEADO.	Engañado, equivocado.
QUISQUILLOSO	Susceptible, fácil de agraviar.
QUITA PESARES.	El que alivia, da apoyo.
QUITA SUEÑO.	Dícese de la persona de quien alguien se ha enamorado.
RABERO.	Servil.
RABIOSO.	Cólerico.
RAJON.	Que critica en forma mal intencionada chismoso.
RATON. DE BIBLIOTECA.	Excesivamente aficionado al estudio, a la lectura.
RATON DE UN SOLO HUECO.	Monógamo. Esposo fiel.
RECIEN BAJADO.	Natural de la sierra recientemente llegado a la costa. Tonto.
REGAÑON.	Que riñe, reprende.
REMOLON.	Flojo, pesado, que huye del trabajo.
RENEGON.	Malgeniado, que riñe, reprende.
RESPONDON.	Siempre dispuesto al contrataque.
RETACO.	De pequeña estatura, rechoncho.
RETRECHERO.	Disimulado, mañoso, falto de franqueza.
REVECERO.	Mañoso, falto de franqueza, retorcido.

SOBACO ILUSTRADO.	Persona que lleva los libros bajo el brazo pero que no los lee.
	Por extensión se dice de las personas "Snob" que tienen sólo un conocimiento superficial de las cosas.
SOBON.	Adulador.
SOBRADO.	Presuntuoso, creído.
SOLITARIO.	Retirado, solo, que ama la soledad.
SOMBRA.	Pegado a otro del que depende.
SOMETIDO.	Humillado, dominado.
SOPERO.	Que práctica el cunilingüis.
SOPLON.	Que acusa en secreto y cautelosamente.
SOTA.	Vivo, sinvergüenza.
SUAVECITO.	Delicado, fino en el trato.
SUELTO.	Hábil, atrevido, expedito en el hablar, desembarazado.
SUELTO DE HUESOS.	Ver DESEMBUELTO.
	Ver SUELTO.
SUFRIDO.	Que sufre y tolera la agresión o la burla.
TACAÑO.	Avaro.
TACHUELA.	De pequeña estatura.
TAGAROTE.	Persona importante.
TALEGAS.	Tonto.
TALEGON.	Tonto.
TARADO.	Anormal, bruto.
TARAMBANA.	Ver BADULAQUE.
TECLO.	Anciano, viejo.
TEMBLEQUE.	Débil, tembloroso.
TEMPERAMENTAL.	De carácter inestable.
TEMPLADO.	Enamorado.
TERCO.	Porfiado.
TERNERO.	Exageradamente aficionado a ingerir leche.
TETELEMEME.	Bobalicón, mentecato, tonto.
TETUDO.	Ver TETELEMEME.
TIBURON.	El que aprovecha de los demás agresivamente.
TIERROSO.	Fastidioso, bromista, detalloso.
TIJERA.	Chismoso, maledicente.
TIJERETA.	Ver TIJERA.
TIMBERO.	Aficionado a los juegos de azar.
TIMORATO.	Timido, temeroso.
TINTERILLO.	El que se dedica a trámites legales sin estar respaldado por título profesional.
	Discutidor.
TIPA.	Estirada, detallosa.

TIRAR CINTURA.	Ver IRSE EN CALDO.
TONGUERO.	Tramposo.
TOPO.	Tonto, bruto, torpe.
TORCIDO.	Que no obra con rectitud.
TORTUGA.	Lerdo, lento.
	Fresco, sinverguenza.
TOZUDO.	Terco, porfiado.
TRAGALDABAS.	Que come con exceso.
TRAGON.	Ver TRAGALDABAS.
TRANQUILINO.	Sosegado, pacífico.
TRANQUILO.	Ver TRANQUILINO.
TRAPIENTO.	Andrajoso.
TRAPOSO.	Ver TRAPIENTO.
TRASNOCHADOR.	El que pasa las noches en fiestas, juergas.
TREMENDA LAGARTIJA.	Vivo, despierto, que se aprovecha.
TREPADOR.	El que adulando escala posiciones que no merece.
TRIPEADOR.	Fornicador.
TROME.	Valiente, arrogante, que da ejemplo.
TROMPEADOR.	Pendenciero, peleador.
TRONCHISTA.	Que saca provecho de los demás engañando.
	Que no actúa rectamente generalmente se emplea en política para designar al individuo que cambia de partido o ideas.
TRUQUERO.	Que engaña.
UNA MADRE.	Excesivamente bondadoso.
UNA MIERDA.	Que no vale nada, desagradable.
UNA PASTA.	Blando, Bondadoso, dominado.
VACA LECHERA.	Persona de la que se aprovechan en el sentido económico, que mantiene a otros.
VAMPIRESA.	Coqueta.
VAMPIRO.	Que se aprovecha, que explota a los demás.
VAQUERO.	Que se hace la rabona.
VEJESTORIO.	Anciano avejentado.
VEJETE.	Anciano.
VENDIDO.	Venal.
	Que se deja sobornar.
	Mal intencionado, chismoso.
VENENOSO.	Aficionado a las fiestas, a las diversiones.
VERJELERO.	Aficionado a concurrir a burdeles.
VICIOSO.	Fastidicso, juguetón.
	Enviciado.

VIOLINISTA.	Alcahuete.
VIVIDOR.	Que medra, que se aprovecha de los demás.
VIVO.	Despierto, agudo.
VOLTEADOR.	Dicese del que interfiere en la relación erótica de una pareja con la intensión de sacar provecho.
VULGAROTE.	Mal educado, tosco, brusco.
YUNTA.	Amigo íntimo.
ZALAMERO.	Persona que demuestra cariño en forma afectada y empalagagosa.
ZAMBO.	Mulato, hijo de blanco y negra o viceversa.
ZAMBUCO.	Ver ZAMBO.
ZAMPA-TORTA.	Malcriado, incapaz, torpe.
	Convenido.
ZAMPON.	Que se mete en forma inoportuna, que llega sin ser invitado.
ZANGANO.	Flojo, ocioso, vividor.
ZOMBI.	Persona atontada, sin voluntad.
ZORRO.	Astuto, vivo, taimado.
ZUMBO.	Burlón.

BIBLIOGRAFIA

1. BUHLER KARL, Teoría del Lenguaje. Revista de Occidente. Madrid. 1950. — 2. LAIN ENTRALGO, La Historia Clínica. Consejo Sup. de Invest. Científicas. Madrid. 1950. — 3 BRAM J., Lenguaje y Sociedad. Edit. Paidos. Buenos Aires 1961. — 4. PAZ SOLDAN y UNANUE, PEDRO. Suplemento al Diccionario de Peruanismos. Editorial San Marcos. 1957. Lima. — 5. VARGAS UGARTE RUBEN. Glosario de Peruanismos. Imp. La Popular. Lima. 19. — 6. ARONA JUAN de. Diccionario de Peruanismos. Lima. — 7. SALAZAR BONDY S. Lima la horrible. Ed. Populibros Peruanos. Lima 1964. — 8. SIMMONS O. Lo criollo en el marco de la cultura de la costa peruana. Ciencias Sociales Nc 32. Lima 1965. — 9. SIMMONS O. El uso de los conceptos de aculturación y asimilación en el estudio del cambio cultural en el Perú. Perú Indígena II: 40-35. Lima 1952. — 10. ZAPATA S., IZAGUIRRE E., ALVA J., GHERSI E. El vals peruano y su dinámica psicosocial. Revista del Hospital Obrero de Lima, Vol. III, Nº 3.

LA PSICOFARMACOLOGIA DE NUESTROS DIAS*

RUBÉN RÍOS CARRASCO **

INTRODUCCION

Antes de entrar en el terreno, materia de este curso, es menester consignar el hecho de que la enfermedad psiquiátrica, a lo largo del tiempo, ha constituido un problema muy sutil y complejo para el quehacer médico y una preocupación permanente para el hombre en general; quien casi siempre la ha concebido como algo misterioso y esotérico, ya sea por lo extraño y bizarro de sus síntomas, sus aparentemente insalvables diferencias respecto a las otras enfermedades, lo inexplicable de su presentación o por tantos otros motivos.

En su enfrentamiento terapéutico y desde tiempos inmemoriales, el hombre ha tomado diferentes actitudes de acuerdo con su época y su cultura, las mismas que podemos enmarcar en tres grandes grupos, que corresponden a formulaciones conceptuales precisas y claramente diferenciables:

---

* Damos publicación a una versión resumida del curso dictado, en la certidumbre de que una panorámica y sistemática referencia a las drogas actualmente más utilizadas en Psiquiatría, permitan en forma breve y clara tener una meridiana noción de su adecuado uso; útil tanto para el médico general como para cualquier especialista, particularmente para el estudiante de medicina generalmente desorientado por la creciente, parcelar y no pocas veces contradictoria o interesada información.

Debo agradecer a los Srs. Moisés Medina Juscamaita y Rolando Prado León, estudiantes del 5º año y a las Srtas. Leonor Maturana, Aida Ochoa, Mercedes Jiménez y Violeta Chiok por la invaloráble ayuda que me han proporcionado en la confección de este trabajo.

** Tutor de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Encargado del Curso de Psicofarmacología y Tratamientos Físicos.

VIOLINISTA.	Alcahuete.
VIVIDOR.	Que medra, que se aprovecha de los demás.
VIVO.	Despierto, agudo.
VOLTEADOR.	Dicese del que interfiere en la relación erótica de una pareja con la intensión de sacar provecho.
VULGAROTE.	Mal educado, tosco, brusco.
YUNTA.	Amigo íntimo.
ZALAMERO.	Persona que demuestra cariño en forma afectada y empalagagosa.
ZAMBO.	Mulato, hijo de blanco y negra o viceversa.
ZAMBUCO.	Ver ZAMBO.
ZAMPA-TORTA.	Malcriado, incapaz, torpe. Convenido.
ZAMPON.	Que se mete en forma inoportuna, que llega sin ser invitado.
ZANGANO.	Flojo, ocioso, vividor.
ZOMBI.	Persona atontada, sin voluntad.
ZORRO.	Astuto, vivo, taimado.
ZUMBO.	Burlón.

BIBLIOGRAFIA

1. BUHLER KARL, Teoría del Lenguaje. Revista de Occidente. Madrid. 1950. — 2. LAIN ENTRALGO, La Historia Clínica. Consejo Sup. de Invest. Científicas. Madrid. 1950. — 3 BRAM J., Lenguaje y Sociedad. Edit. Paidos. Buenos Aires 1961. — 4. PAZ SOLDAN y UNANUE, PEDRO. Suplemento al Diccionario de Peruanismos. Editorial San Marcos. 1957. Lima. — 5. VARGAS UGARTE RUBEN. Glosario de Peruanismos. Imp. La Popular. Lima. 19. — 6. ARONA JUAN de. Diccionario de Peruanismos. Lima. — 7. SALAZAR BONDY S. Lima la horrible. Ed. Populibros Peruanos. Lima 1964. — 8. SIMMONS O. Lo criollo en el marco de la cultura de la costa peruana. Ciencias Sociales Nc 32. Lima 1965. — 9. SIMMONS O. El uso de los conceptos de aculturación y asimilación en el estudio del cambio cultural en el Perú. Perú Indígena II: 40-35. Lima 1952. — 10. ZAPATA S., IZAGUIRRE E., ALVA J., GHERSI E. El vals peruano y su dinámica psicosocial. Revista del Hospital Obrero de Lima, Vol. III, Nº 3.

a) Tratamiento por medio de elementos propiamente psicológicos.
b) Tratamiento por medio de elementos naturales, y
c) Tratamiento por medio de técnicas especiales.

En el primer acápite reunimos varios aspectos, entre los cuales se destacan los que se dan primordialmente en los pueblos más primitivos alumbrados por el animismo y la magia, para los que, la enfermedad mental, es originada por las fuerzas vitales de la naturaleza; así, los poderes telúricos, las entidades geográficas, los astros, los elementos climáticos, los seres vivos o los espíritus, cuando no, la mala intención y el interesado deseo de las otras personas, son las razones etiológicas más importantes; por lo tanto la terapia se hace por medio de exorcismos, la administración de pociones, el empleo de amuletos, los sacrificios y toda la amplia gama de procedimientos mágicos.

El advenimiento de las versiones religiosas determina, así mismo, la ingerencia de dioses buenos y malos en la causación de los trastornos mentales, que son, por lo tanto, el resultado de las transgresiones de las normas éticas y morales, constituyendo una forma de castigo, premonición o confirmación de sus poderes, lo cual destaca la ligazón, aún detectable en la mentalidad popular, de la enfermedad mental y el pecado, los sentimientos de culpa y la posesión demoníaca; implicando por ende, su tratamiento, actos punitivos, demostraciones de fé, oraciones y una serie de procedimientos propiamente religiosos.

Finalmente, debemos considerar las concepciones psicológicas que adscriben la enfermedad mental a causas eminentemente psíquicas como las vivencias traumáticas, situaciones conflictivas, falta de freno o inhibición de las tendencias instintivas, distorción de ciertas reacciones afectivas, pervivencia de ideas morbosas, etc. lo cual ha implicado, desde la antiguedad, el uso de la palabra y la actitud como elementos terapéuticos fundamentales, ya sea mediante la sugestión en sus más diversas formas y, ultimadamente, las modernas técnicas psicoterapéuticas, que serán materia de otro curso.

El segundo modo de enfrentamiento de la enfermedad mental se ha basado en procedimientos más bien empírico-naturistas, es decir el empleo de productos vegetales como infusiones, cocimientos, tizanas, extractos, tinturas, etc.; de productos animales, generalmente usados en vinculación a conceptos y procedimientos mágicos los que atribuyen poderes inusitados a determinados tejidos, órganos, secresiones o excresiones de los más diversos animales; o también de elementos inanima-

dos como sales minerales, aguas termales, piedras preciosas, metales valiosos o, simplemente, seleccionadas muestras de polvo, barro, greda, etc. El avance prodigioso de la ciencia ha logrado en muchos casos aislar los elementos activos de estas sustancias, los cuales en la actualidad son usados profusamente en forma racional, es decir ya con pleno conocimiento de sus mecanismos de acción, farmacodinamia, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, etc. Sin embargo, en la actualidad, el mayor caudal de fármacos usados está constituído por los productos sintéticos o sea los artificialmente creados por el hombre a través de la química y ciencias afines. En cuanto se refiere a la Psiquiatría sólo desde hace tres lustros se ha desplegado un avance extraordinario, saliendo al mercado un numeroso arsenal de nuevos productos, cada vez más diferenciados, más activos y con menores efectos desagradables. Estas clases justamente nos permitirán el enfoque de la terapia psiquiátrica en esta dimensión, aunque antes debemos considerar también la existencia de un sin número de otros procedimientos más bien de tipo físico o mixto, cuyo empleo es preponderantemente empírico, puesto de que hoy mismo no se sabe en realidad acerca de la forma como actuan en el organismo enfermo y tan sólo su uso está difundido por los indudables beneficios que reportan; entre estos procedimientos tenemos la electroterapia, con todas sus variantes principalmente el electroshock; los tratamientos de choque, como los producidos por la insulina, el cardiazol, el alcanfor, etc.; la hidroterapia, la ergoterapia, la ludoterapia, los procedimientos de resocialización, los clubs, la terapia familiar, las sociedades anónimas, etc.; la narcosis, las técnicas de sueño prolongado, las técnicas de aversión condicionada, etc., así como métodos quirúrgicos como las lobotomias, la leucotomía, la topectomía, la cingulectomía, la cirugía estereotáxica, etc.; todos los cuales serán materia, también, de otro curso.

EL ADVENIMIENTO DE LA PSICOFARMACOLOGIA

Luego de esta pequeña introducción en la que ubicamos el campo de nuestro estudio, podemos encarar mejor la comprensión de la psicofarmacología, para lo cual creemos imprescindible dejar establecido, ante todo, que los psicofármacos no constituyen un tratamiento etiológico causal, siendo su acción más bien sintomática, por lo cual su aplicación se hace en función de los síntomas, más no de las enfermeda-

des; morigerando en estos casos, las reacciones patológicas y protegiendo al individuo tanto de las agresiones externas como de las internas permitiendo de este modo su recuperación y el empleo de mecanismos de adaptación más adecuados; para graficar un poco más esta idea, diremos que los psicofármacos actúan del mismo modo que un analgésico que calma el dolor más no cura la enfermedad que lo produce, ayudando, eso sí, a que el propio organismo libre de esta molestia pueda recuperarse en mejores condiciones; o también como un aparato de yeso que, gracias a la inmovilización que produce, permite la consolidación del hueso fracturado a la vez que protege el individuo de nuevas injurias. Esto podemos comprenderlo si pensamos que una persona en su incesante dinamismo esta sujeta a las influencias de sus emociones, urgencias, vivencias y aspiraciones, es decir a una gran gama de fuerzas internas que actuan dentro de él y, por otro lado, a los elementos ambientales, como por ejemplo las exigencias propias de la vida, las situaciones amenazantes y competitivas, los elementos injuriantes de la naturaleza, etc., en medio de los que, sólo una persona madura y sólidamente estructurada puede mantener su homeostasis y realizarse exitosamente en situaciones en permanente cambio. Cuando los embates de estas fuerzas son demasiado poderosos o cuando el individuo es débil e incapaz de conjugar adecuadamente los avatares que implican su existencia, es cuando los psicofármacos pueden ayudarnos, permitiendo el apartamiento afectivo del paciente, disminuyendo sus temores, su aflicción y en general las repercusiones emocionales conflictivas, dando tiempo al afloramiento de las capacidades restitutivas y el empleo de mecanismos más convenientes. El advenimiento de los modernos psicofármacos ha constituído una de las conquistas más trascendentales de nuestros tiempos, comparable tan sólo con el descubrimiento de los antibióticos en el campo de las enfermedades infecciosas; desde que han modificado sustantivamente el panarama de la terapéutica psiquiátrica y han dado valiosísimos beneficios que la humanidad nunca podrá agradecer debidamente; así, por ejemplo, el hasta hace poco sombrío pronóstico de las enfermedades mentales en general y la creencia de que toda persona con síntomas psiquiátricos estaba destinada al deterioro progresivo y el subsecuente aislamiento en Instituciones manicomiales, siendo de este modo excluido de la sociedad para siempre, sin esperanza alguna de recuperación; ha cambiado fundamentalmente, pues con el uso de las drogas moder-

nas con los cuales, el paciente puede ser atendido en Hospitales Generales y en Consultorios Externos sin abandonar ni su hogar, ni su trabajo, ni el ambiente social en que vive; ha favorecido la implantación de servicios psiquiátricos en cualquier tipo de entidades asistenciales relegando definitivamente en el pasado los museos vivientes que eran los manicomios y propiciando un fundamental cambio de actitud frente a la enfermedad mental, pues, en la actualidad ésta ya no es considerada como un proceso fatal y vergonzante, sino una enfermedad como cualquier otra y más bien existe un vivo deseo de comprender los fenómenos psicológicos y ayudar a los pacientes psiquiátricos, desde que éste no es un ser definitivamente perdido; así mismo, toda persona que sufre de alteraciones mentales, sabe que puede superar esta situación sin ser necesariamente encerrado, lo cual por sí crea una seria resistencia, ni tampoco ser sometido a tratamientos cruentos como la electroplexia o la insulinoterapia, que han sido siempre motivo de rechazo por sus desagradables y espectaculares efectos; por otra parte los psicofármacos han permitido un acercamiento psicoterapéutico en mejores condiciones y un mejor manejo de los problemas del paciente; de su actual importancia podemos tener una idea aproximada si recordamos algunos cálculos realizados por la American Psychiatric Association hace pocos años, estos indican que en los Estados Unidos existen más de 10'000,000 de personas que consumen habitualmente psicofármacos, que el 10% de las recetas formuladas por todos los médicos, incluyen estas drogas, cuya venta alcanza una cifra próxima a los 300'000,000 de dólares y que entre las diez drogas más usadas en ese país por los médicos de todas las especialidades se consignan tres psicofármacos.

LOS PROBLEMAS DE LA MODERNA PSICOFARMACOLOGIA

Junto al creciente auge, de la moderna psicofarmacología, se han presentado una serie de peligros debido al uso indiscriminado y muchas veces contraproducente, de estas sustancias, cuando más si sabemos que no existe en muchos países, como el nuestro, un adecuado control para su expendio; desde el punto de su administración médica hay una fuerte tendencia a emplearlos sin ningún reparo, muchas veces aún sin haber comprendido el real significado de los síntomas, auspiciando el enmascaramiento y el desarrollo de situaciones morbosas graves;

por otra parte las facilidades de su adquisición, la inocuidad de su reiterado uso y lo beneficioso de sus efectos están favoreciendo el inusitado crecimiento de la habituación e inclusive no raros estados de adicción que van a constituir un peculiar problema de nuestra época y nuestra cultura.

La evaluación de los efectos terapéuticos de estas drogas tropiezan con algunas, muchas veces insalvables, dificultades; la primera de ellas es, sin duda alguna, el desconcierto que, particularmente en el médico joven, produce la enorme cantidad de informes contradictorios relatados muchas veces por autores renombrados acerca de una misma droga empleada en alteraciones similares, lo cual es debido principalmente a que cada paciente hace un tipo de enfermedad de significación muy personal e intransferible escapando, por ello, a toda comparación estadística valedera, por otra parte, la formación del médico, que generalmente adopta una determinada bandería en cualesquiera de las diferentes escuelas doctrinarias en boga, hace que sobrevaloren determinados métodos, como, por ejemplo frente a un mismo paciente esquizofrénico, si el psiquiatra es psicoanalista tendrá la convicción de que sólo la psicoterapia permitirá su curación, si es organicista posiblemente deseche la idea anterior y proponga un tratamiento biológico y si tiene una orientación farmacológica preferirá el uso de drogas a los métodos anteriormente enunciados; si los tres experimentan el uso de un mismo fármaco es de seguro que los resultados variarán; otro tanto podemos decir de la relación médico-paciente que es fundamental en todo intento terapéutico; más aún, de todos los elementos no propiamente farmacológicos como por ejemplo la presentación del medicamento, es decir el color, sabor, olor, etc.; la intensa propaganda comercial que se emplea, los prejuicios culturales frente al médico y a los medicamentos, etc.; es decir, cuanto se refiere al efecto placebo y a los demás ingredientes sugestivos inherentes a la propia función médica.

Por otra parte los estudios experimentales son, en este caso, inoperantes, pues toda situación experimental cambia la realidad existencial de la persona y la situación en que aparece la enfermedad mental, que es única y personal, por lo tanto imposible de reeditarse o reproducirse y, además, las alteraciones psíquicas, como bien sabemos, están fuera de todo intento de mensuración y cuantificación, así la angustia, la tristeza, el temor, la inquietud, etc. aparte de ser eminentemente personales son ajenas a toda evaluación comparativa. Los elementos cul-

turales que intervienen en su génesis, también hacen fracasar todo estudio en este sentido puesto que las alteraciones que presenta una persona son de esta época, de éste lugar, de esta situación y nó, de ningún modo, otros; es decir que los trastornos que presenta un mestizo pobre en Lima en 1965, no son los mismos, ni mucho menos, que los que presenta una anciana aldeana en el Pekin de hace mil años. Otro tanto puede decirse de los síntomas psiquiátricos que son cambiantes y se modifican a cada instante de acuerdo a una serie de factores inherentes no sólo a su propia persona, sino a su hogar, a su ambiente social, a su cultura desde que el hombre no es un ser aislado sino la manifestación de un grupo social. Además los criterios de "curación", "mejoría", "recuperación" etc., son muy subjetivos y discutibles y los esquemas de dosificación, duración de tratamiento, vías de administración, etc. son muy difíciles de uniformar.

En conclusión, creemos que al tratar a un paciente, debemos tener presente que los síntomas psiquícos que presenta son irrenunciablemente personales, corresponden a un contexto existencial vinculado innegablemente a todos los factores que han tenido ingerencia en delinear su perfil actual, particularmente de los dependientes de la dinámica familiar y de los del ámbito socio-cultural, todos los que escapan a todo esfuerzo cuantificador o estadístico.

LA CLASIFICACION DE LOS PSICOFARMACOS

La inusitada aparición de nuevos fármacos y la creciente información acerca de los mismos, gran parte de ella contradictoria o interesada, han dificultado todo intento de ordenamiento, dando cabida a una serie de clasificaciones insuficientes y de un restringido criterio, cuanto más, si recordamos que no hay una estricta correspondencia entre sus estructuras químicas y sus acciones, así drogas quimicamente semejantes tienen muchas veces efectos contrapuestos, mientras que otras que son totalmente diferentes tienen efectos similares.

Sin pretender que sea perfecta y que abarque los diversos aspectos de la psicofarmacología actual, hemos elegido, por creerla más útil desde el punto de vista didáctico, la clasificación propuesta por Delay y Denicker en 1958, con las modificaciones pertinentes de acuerdo a las opiniones más autorizadas.

LOS PSICOFARMACOS

I. LOS PSICOLEPTICOS

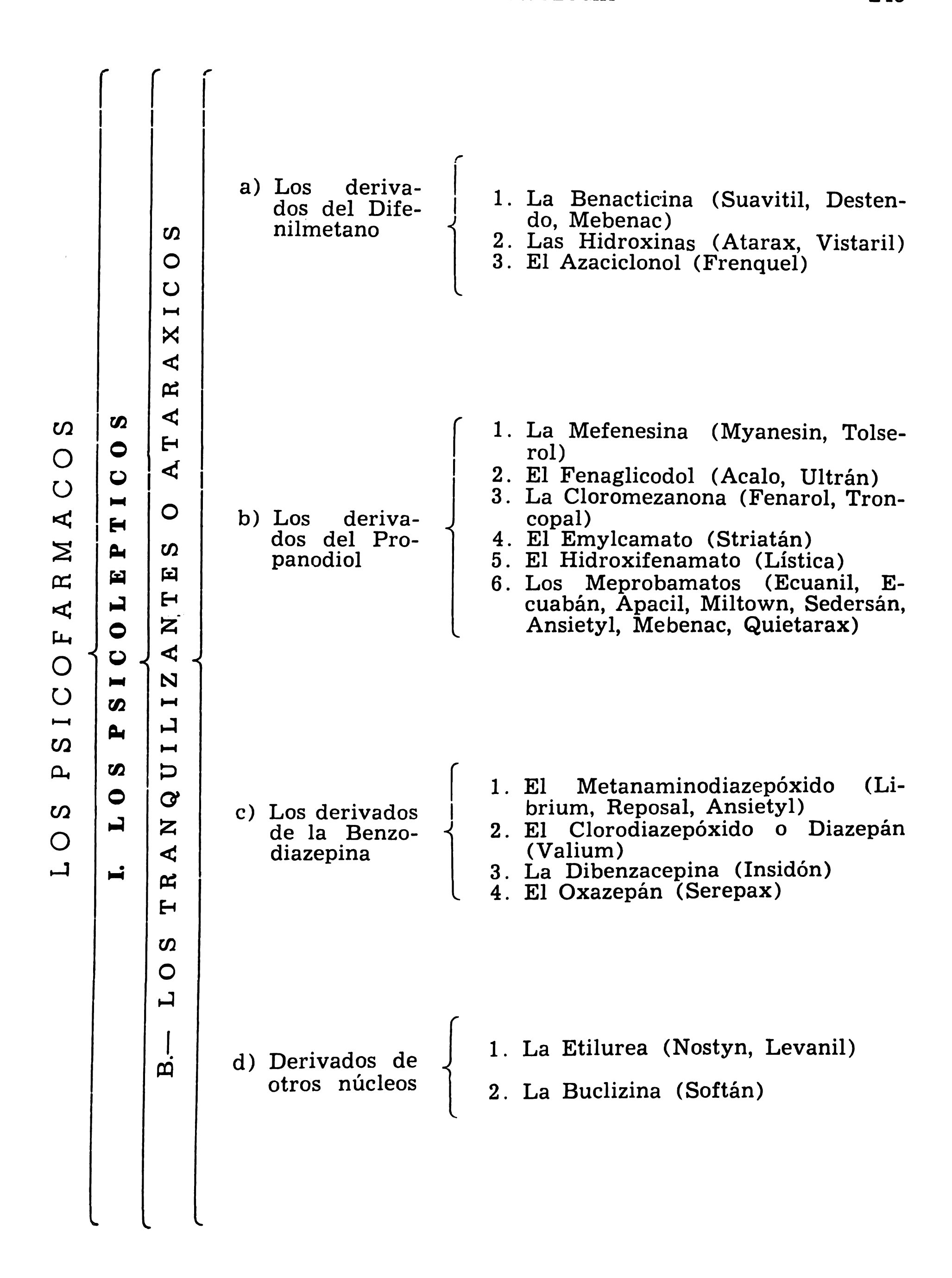
A.— SEDANTES E HIPNOTICOS

a) Los Compues- Vegetales .
1. La Passiflora (Neurolusa, Pasiflorina)
2. La Valeriana
3. El Crataegus
4. El Eléboro
5. La Modrágora
6. La Escopolamina
7. La Belladona

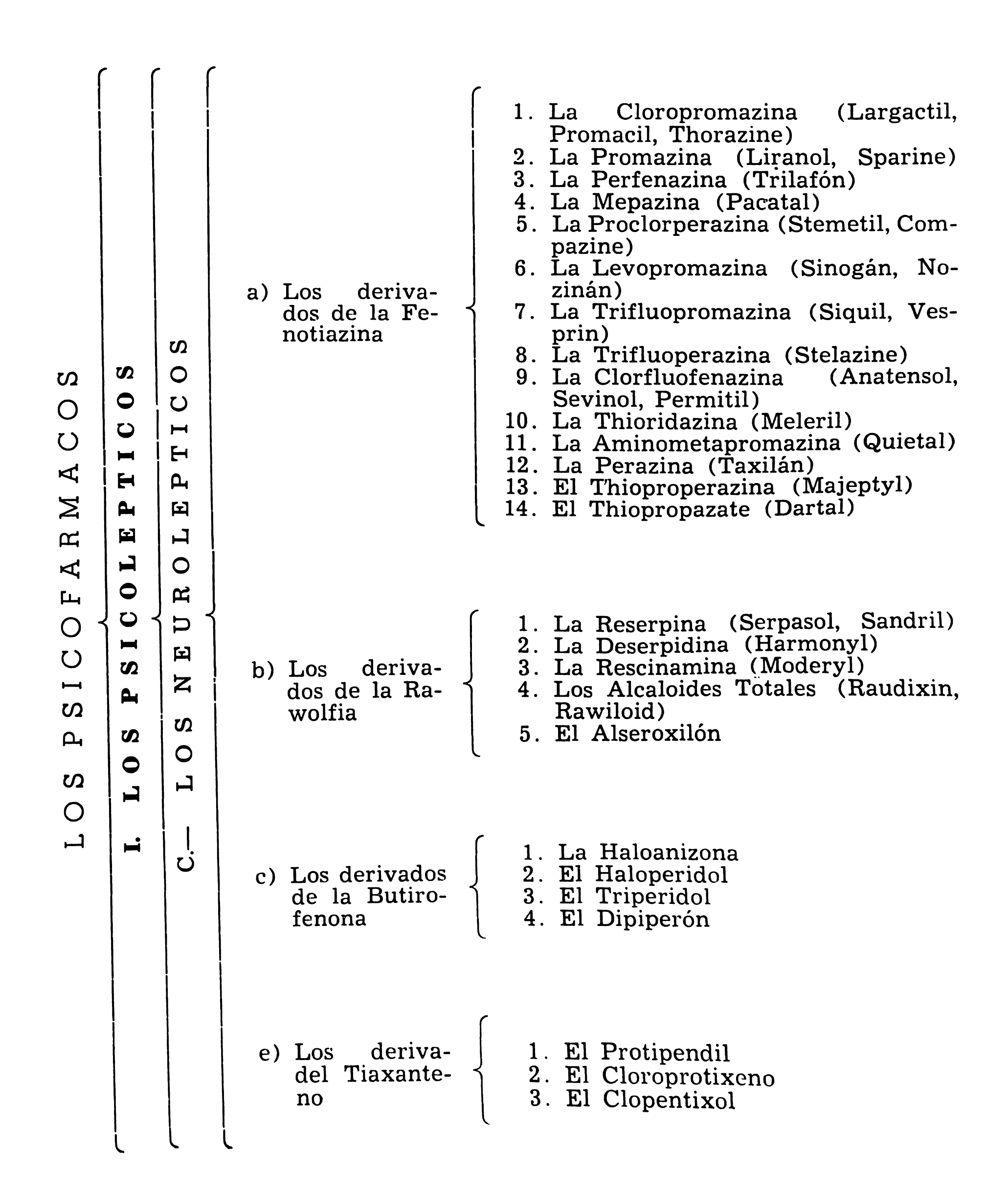
b) Los Bromuros
1. Los Bromuros de Calcio, Sodio, Potasio, Estroncio, etc. (Pentabromides)
2. El Bromuro de Alcanfor
3. El Bromolactobionato de Calcio (Calcibronat)
4. El Bromolevulinato de Calcio (Lebrocal)
5. El Bromuro de Magnesio (Bromag)

c) Los Barbitúricos
1. De Acción Prolongada: Fenobarbital, Veronal, etc.
2. De Acción Mediana: Amythal, Fanodormo, Nembutal, etc.
3. De Acción Rápida: Seconal, Soneryl, etc.
4. De Acción Ultrarrápida: Pentotal, Surital, Kemital, Brietal, Evipan, etc.

d) Otros
1. El Hidrato de Cloral (Noctec)
2. El Paraaldehido
3. La Cloralosa
4. El Sulfato de Magnesio
5. El Uretano
6. El Metilparafinol
7. El Carbromal (Adalina)
8. El Acetilcarbromal (Abosina)
9. El Bromovalureido (Bromural)
10. La Glucothimida (Doridén)
11. El Metiprilón (Noludar)
12. El Bromoctilpentinol (Placidorm)
13. El Tricoflos (Tricoryl)
14. La Prometazina (Fenergán)



- LOS PSICOFARMACOS
  - I. LOS PSICOLEPTICOS
    - B.— LOS TRANQUILIZANTES O ATARAXICOS
      - a) Los derivados del Difenilmetano
        1. La Benacticina (Suavitil, Destendo, Mebenac)
        2. Las Hidroxinas (Atarax, Vistaril)
        3. El Azaciclonol (Frenquel)
      - b) Los derivados del Propanodiol
        1. La Mefenesina (Myanesin, Tolserol)
        2. El Fenaglicodol (Acalo, Ultrán)
        3. La Cloromezanona (Fenarol, Troncopal)
        4. El Emylcamato (Striatán)
        5. El Hidroxifenamato (Lística)
        6. Los Meprobamatos (Ecuanil, Ecuabán, Apacil, Miltown, Sedersán, Ansietyl, Mebenac, Quietarax)
      - c) Los derivados de la Benzodiazepina
        1. El Metanaminodiazepóxido (Librium, Reposal, Ansietyl)
        2. El Clorodiazepóxido o Diazepán (Valium)
        3. La Dibenzacepina (Insidón)
        4. El Oxazepán (Serepax)
      - d) Derivados de otros núcleos
        1. La Etilurea (Nostyn, Levanil)
        2. La Buclizina (Softán)



LOS PSICOFARMACOS

I. LOS PSICOLEPTICOS

C.— LOS NEUROLEPTICOS

a) Los derivados de la Fenotiazina

1. La Cloropromazina (Largactil, Promacil, Thorazine)
2. La Promazina (Liranol, Sparine)
3. La Perfenazina (Trilafón)
4. La Mepazina (Pacatal)
5. La Proclorperazina (Stemetil, Compazine)
6. La Levopromazina (Sinogán, Nozinán)
7. La Trifluopromazina (Siquil, Vesprin)
8. La Trifluoperazina (Stelazine)
9. La Clorfluofenazina (Anatensol, Sevinol, Permitil)
10. La Thioridazina (Meleril)
11. La Aminometapromazina (Quietal)
12. La Perazina (Taxilán)
13. El Thioproperazina (Majeptyl)
14. El Thiopropazate (Dartal)

b) Los derivados de la Rawolfia

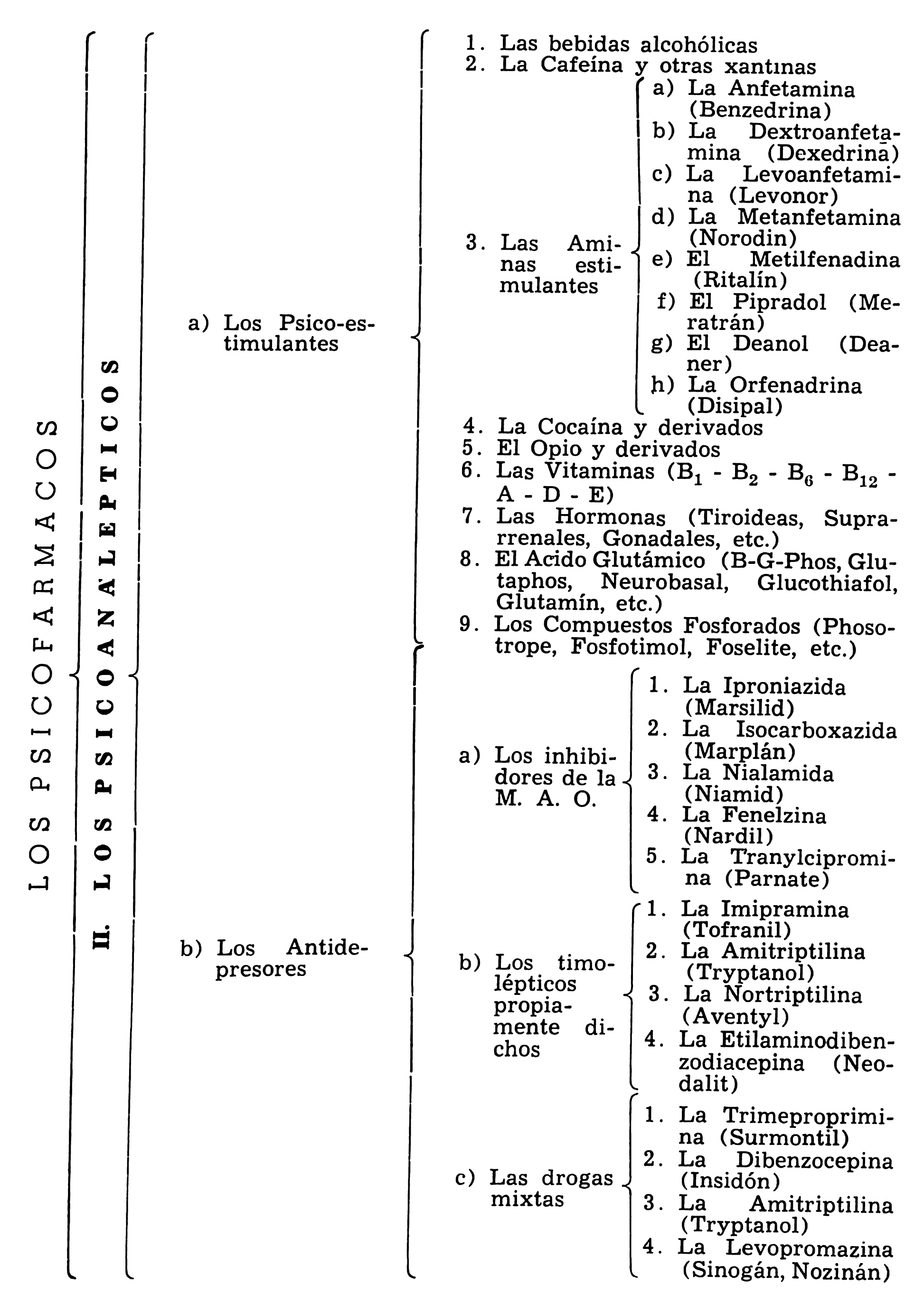
1. La Reserpina (Serpasol, Sandril)
2. La Deserpidina (Harmonyl)
3. La Rescinamina (Moderyl)
4. Los Alcaloides Totales (Raudixin, Rawiloid)
5. El Alseroxilón

c) Los derivados de la Butirofenona

1. La Haloanizona
2. El Haloperidol
3. El Triperidol
4. El Dipiperón

e) Los deriva- del Tiaxanteno

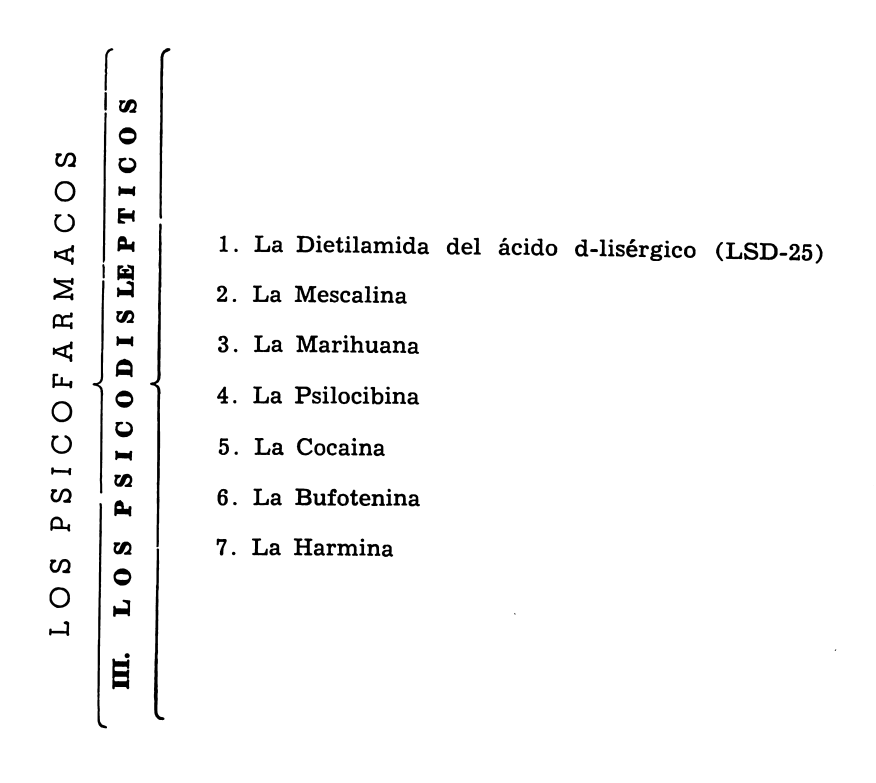
1. El Protipendil
2. El Cloroprotixeno
3. El Clopentixol



LOS PSICOFARMACOS

II. LOS PSICOANALEPTICOS

- a) Los Psico-estimulantes
  1. Las bebidas alcohólicas
  2. La Cafeína y otras xantınas
  3. Las Aminas estimulantes
     - a) La Anfetamina (Benzedrina)
     - b) La Dextroanfetamina (Dexedrina)
     - c) La Levoanfetamina (Levonor)
     - d) La Metanfetamina (Norodin)
     - e) El Metilfenadina (Ritalín)
     - f) El Pipradol (Meratrán)
     - g) El Deanol (Deaner)
     - h) La Orfenadrina (Disipal)
  4. La Cocaína y derivados
  5. El Opio y derivados
  6. Las Vitaminas (B_1 - B_2 - B_6 - B_{12} - A - D - E)
  7. Las Hormonas (Tiroideas, Suprarrenales, Gonadales, etc.)
  8. El Acido Glutámico (B-G-Phos, Glutaphos, Neurobasal, Glucothiafol, Glutamín, etc.)
  9. Los Compuestos Fosforados (Phosotrope, Fosfotimol, Foselite, etc.)
- b) Los Antidepresores
  - a) Los inhibidores de la M. A. O.
    1. La Iproniazida (Marsilid)
    2. La Isocarboxazida (Marplán)
    3. La Nialamida (Niamid)
    4. La Fenelzina (Nardil)
    5. La Tranylcipromina (Parnate)
  - b) Los timolépticos propiamente dichos
    1. La Imipramina (Tofranil)
    2. La Amitriptilina (Tryptanol)
    3. La Nortriptilina (Aventyl)
    4. La Etilaminodibenzodiacepina (Neodalit)
  - c) Las drogas mixtas
    1. La Trimeproprimina (Surmontil)
    2. La Dibenzocepina (Insidón)
    3. La Amitriptilina (Tryptanol)
    4. La Levopromazina (Sinogán, Nozinán)



I. LOS PSICOLECTICOS

SEDANTES E HIPNOTICOS

Estas drogas tienen fundamental acción sobre el estado de conciencia produciendo, según la dosis empleada, desde un ligero entorpecimiento hasta la somnolencia, el sueño, el coma y la muerte, paralelamente producen descenso de tono emocional, disminución de la captación, morigeración de la espontaneidad y reactividad, produciendo una sensación de calma y aflojamiento.

a) *Los Productos Vegetales*

Entre los primeros sedantes e hipnóticos que aparecieron en la farmacopea antigua se deben mencionar los productos vegetales como la Passiflora, la Valeriana, el Eleboro, la Modrágora, el Crataegus, etc., los que en forma de tinturas, cocimientos, infusiones y extractos producen sedación suave y duradera la que es acompañada por diferentes efectos sobre el sistema vegetativo especialmente parasimpático o simpaticolíticos; siendo su margen de actividad grande, generalmente no se producen síntomas de intoxicación o efectos colaterales desagradables marcados; su empleo, frecuente en fórmulas magistrales, se hace bajo la forma de tinturas: de 1 a 3 gramos en 24 horas siendo sus indicaciones principales los estados de angustia, transtornos del carácter, disturbios psicofisiológicos del aparato digestivo, cardiovascular, respiratorio, génitourinario, etc., epilepsia, casos de insomnio, y como coadyuvantes en las pociones sedantes y anticonvulsivantes.

Acápite aparte merecen otros importantes derivados vegetales como los de la Atropo Belladona cuyo uso está muy difundido bajo el rubro de Bellergal, Belladenal, Bellafén, Bellafolina, etc. ya sea en comprimidos, gotas, tinturas o ampollas. Su principal alcaloide, la atropina, se distingue por su acción sobre el sistema neurovegetativo, particularmente parasimpático y estimulante ligero del sistema nervioso central, se emplea a dosis de 0.10 - 0.25 mg. 3 a 4 veces por día. La Escopolamina, principal alcaloide de la Scopolia Japónica, se emplea como potenciador anestésico, hipnótico y depresor cortical, su dosis es de 0.25 a 0.50 mg. por vía intramuscular pudiendo repetirse con mucho cuidado, pues fácilmente se llega al coma y a la muerte por la poderosa acción que ejerce a nivel de la corteza cerebral.

b) *Los Bromuros*

Balhard en 1826 descubrió la presencia de bromuros en el limo del mediterráneo, Charles Locoele en 1927 reparó en sus efectos anticonvulsivantes al emplearlo como anafrodisiaco en los epilépticos y mas tarde Pourché dió cuenta de sus propiedades sedativas y anestésicas, al emplearlo en el tratamiento de la escrófula, finalmente y luego de prolongada experimentación son utilizados preferentemente por su acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante.

Los bromuros son sales provenientes de la combinación del bromo con los metales ligeros, como por ejemplo el Bromuro de Calcio, el Bromuro de Sodio, el Bromuro de Estroncio, el Bromuro de Potasio, etc.

En general los bromuros se absorven por vía digestiva, pero tienen el incoveniente de ser irritantes de la mucosa gástrica y por lo tanto pueden producir gastritis cuando no se toman las debidas precauciones, que son principalmente, ingerirlos después de las comidas acompañados de abundantes líquidos; la vía parenteral no es indicada por la intensa irritación y necrosis local que origina. Su modo de acción sobre el sistema nervioso no está perfectamente dilucidado, se piensa que hay grupos de células que son particularmente sensibles a la sustitución, en los líquidos extracelulares, del ión cloro por el ión bromo; su acción, que se supone a nivel de la corteza cerebral y el sistema reticular, es depresora de las funciones psíquicas, productora de un progresivo entorpecimiento de la conciencia que puede llegar al sueño y al coma, aunque, para llegar a este estado, son necesarias dosis muy altas que son difíciles de alcanzar debido a los transtornos digestivos que acotamos. El sueño logrado no induce al descanso reparador y los pacientes se quejan de vívidos ensueños, cefalea, y pesadéz.

Los bromuros son fácilmente absorbidos por el tracto intestinal y luego eliminados por los riñones lentamente, razón por la que se debe cuidar la integridad de la función renal para que su eliminación sea óptima y no se presenten los fenómenos de intoxicación crónica o bromismo. La excresión se hace también a través de la saliva, del sudor, de las lágrimas, la bilis y otras secresiones, produciendo por su acción irritante: gingivitis, blefaritis, bronquitis, acné brómico, etc.

Principales indicaciones:

— En pacientes con estados de tensión e intranquilidad.
— En pacientes con crisis convulsivas, como coadyuvante.
— Como hipnótico o potenciador de otros hipnóticos.
— Para inhibir la hiperexitabilidad.
— En algunos sindromes cerebrales crónicos.

Principales contraindicaciones:

— La insuficiencia renal.
— Los procesos patológicos de las glándulas por las cuales se excreta (Blefaritis, conjuntivitis, acné, dermatitis, coriza etc.).

— y las alteraciones mentales agudas en las que hay compromiso de la conciencia, particularmente traumatismos encéfalo craneanos, crisis disociativas e intoxicaciones.

La dosis usual oscila entre 4 a 6 gramos repartidos durante las 24 horas, en forma de pociones polibromuradas, debiendo administrarse después de las comidas y con abundantes líquidos y sal común con el objeto de promover su fácil eliminación. La dosis tóxica se estima entre 12 y 20 gramos que casi nunca se alcanza, por las razones ya expuestas; siendo raros los casos de intoxicación aguda pero sí, es importante el conocimiento de la intoxicación crónica, que es lo que se ha denominado "Psicosis Brómica" o "Bromismo" y que se manifiesta por lesiones irritativas como: gingivitis, acné, blefaritis etc. y por trastornos psíquicos como la confusón mental, cefalea, ideas delirantes, paramnesias, muchas veces alucinaciones y generalmente alteraciones muy importantes en la coordinación motora y la articulación de la palabra, lo cual debe tenerse en cuenta para hacer el diágnostico diferencial con otras afecciones neurológicas y psiquiátricas lo que es muchas veces difícil. Si sabemos que hay una acción competitiva con los cloruros a nivel de los líquidos extracelulares podemos colegir que es necesario administrar, en estos casos, ya sea por vía oral o parenteral grandes dosis de cloruros, 6 á 8 gramos por día y, de igual manera gran cantidad de líquidos para promover la eliminación de los bromuros; muchos autores recomiendan, especialmente, la administración de sales de amonio como diuréticos, el cloruro de amonio y el suero fisiológico por vía endovenosa tendrían así doble acción.

Aparte de los bromuros descritos se presentan dos tipos de compuestos muy importantes: el Bromuro de Alcanfor, muy apreciado por su intensa actividad anafrodisíaca o sea sedante del apetito sexual y que se administra en cápsulas de 0.30 a 0.50 gm., dos a tres veces al día, en los casos de priapismo, hiperexcitabilidad o en pacientes en los que se desea evitar el comercio sexual, sea por indicaciones médico-quirúrgicos, urológicas o psiquiátricas, debiendose tener cuidado con algunos efectos colaterales desagradables como cefalea, inquietud, mareos, etc. Y, finalmente, una serie de compuestos bromurados orgánicos como el Bromo lactobionato de Calcio (Calcibronat), el Bromolevulinato de Calcio (Lebrocal), el Bromuro de Magnesio (Bromag), etc. que utilizados por vía endovenosa, 1 a 3 ampollas al día, o por vía oral, en

forma de comprimidos efervescentes, logran una sedación rápida y uniforme que puede ser falcilmente magnificada por la sugestión.

c) *Los Barbitúricos*

Son los sedantes de más amplio uso por ser su acción más poderosa y de menor toxicidad en comparación a los bromuros; sintetizados en 1916 a partir del ácido barbitúrico que a su vez se forma de la combinación de la úrea y el ácido malónico, han dado origen a una cantidad realmente asombrosa de derivados que pueden agruparse de acuerdo a la duración de sus efectos del modo siguiente:

1.— De acción prolongada: Fenobarbital, Veronal, Neonal, etc.
2.— De acción moderada: Amytal, Nembutal, Fanodormo, etc.
3.— De acción rápida: Seconal, Soneryl, etc.
4.— De acción ultrarápida: Pentotal, Evipán, Kemital, Surital, Brietal, etc.

La importancia de este esquema reside en proporcionarnos una guia para el adecuado empleo de cada uno de ellos y la posibilidad de combinar un barbitúrico con otro para conseguir un efecto uniforme y prolongado; cuando se realiza esto no hay fenómenos de potenciación, si no de adición de efectos, en cambio cuando se combinan con analgésicos, anestésicos o tranquilizantes, su acción es generalmente potenciadora.

Los barbitúricos se emplean por cualquier vía, siendo la más utilizada, la endovenosa y la oral en diferentes formas. La dosis es variable, como sedante por vía oral generalmente se administra 0.30 a 0.50 gm. Varias veces al día, como hipnótico de 0.10 á 0.20 gm. antes de acostarse. Su acción es muy diferente de persona a persona, muchas veces solo es necesario una pequeña dosis para llegar a la hipnosis e inclusive al coma mientras que en otras requieren dosis altas para conseguir los mismos efectos, por ello su dosificación, asi como la de los otros psicofármacos, debe ser individual. Por vía endovenosa por lo general se ultiliza de 0.50 a 2 gramos en inyección lenta, pero esto es también muy variable, además se puede administrar por vía intramuscular y rectal.

El lugar ni el modo de acción de los barbitúricos han llegado a ser precisados; parece que su acción se reparte a lo largo de todo el sistema nervioso preferencialmente a nivel de la corteza cerebral y del sistema reticular. Se metaboliza en el hígado y su eliminación se hace principalmente por los riñones ya sea como barbitúricos o como los productos de su desintegración, la rapidéz de su eliminación varía de uno a otro y está de acuerdo a la integridad funcional de dichos órganos.

Además de sus efectos ya anotados en el sistema nervioso, produce también hipotensión, bradicardia, disminución de la frecuencia y profundidad respiratoria, disminución progresiva del metabolismo basal y de la diuresis, como efecto secundario a la merma circulatoria.

La intoxicación por barbitúricos al contrario de lo que ocurre con los bromuros, se presenta más frecuentemente en la forma de intoxicación aguda, ya sea accidental o provocada; a cada momento nos encontramos frente a pacientes que han tomado barbitúricos en exceso y que generalmente los llegamos a ver en estado de coma, situación que nos plantea un problema terapéutico. En épocas anteriores el tratamiento se hacía dando al paciente drogas de efecto opuesto, psicoestimulantes o despertadoras, sabemos hoy que, en este tipo de intoxicación, las células hepáticas se encuentran completamente bloqueadas y la administración de un mayor número de fármacos van a causar un mayor daño hepático, vamos a comprometer su metabolismo y consiguientemente retardaremos su eliminación, por esta razón es que, en la actualidad, frente a un paciente intoxicado se toma una actiud expectante y más bien se le administra sustancias que favorecen la función hepática y renal, se toman disposiciones convenientes para salvaguardar las funciones vitales y se procura suministrar una buena cantidad de líquidos , hidratos de carbono y vitaminas.

La intoxicación crónica con estas drogas prácticamente no se presenta, lo que más bien es frecuente, mucho más en nuestro tiempo, es la habituación a los barbitúricos, asi muchas veces los pacientes por su neurosis o por indicaciones no precisas ni diestras, empiezan a ingerir barbitúricos por un tiempo prolongado, necesitando cada vez mayores dosis para calmar sus tensiones y cuando se corta bruscamente su administración presentan los síntomas de abstinencia, que inclusive pueden llevar al shock y a la muerte.

En general se indica en:

— Los estados de ansiedad

— Los estados de intranquilidad o sobreexcitación

— Los diferentes tipos de insomnio, se suele combinar un barbitúrico de acción prolongada con uno de acción rápida para conseguir un sueño más o menos uniforme y duradero, otras veces se usa un barbitúrico de acción rápida o ultrarrápida en los casos en que hay dificultad para iniciar el sueño, o también sólo los de acción prolongada en los pacientes que se despiertan muy temprano.

— En el procedimiento denominado narcoanálisis , que consiste en administrar un barbitúrico por vía endovenosa hasta lograr un estado crepuscular, utilizable tanto para la ampliación de la anamnesis, el rendimiento de resistencias conscientes o favorecer una mejor aproximación médico-paciente y el manejo psicoterápico superficial.

— En la narcosis, que desconecta temporalmente al paciente de su ambiente permitiendo el reposo del yo y posibilitando la estructuración de mecanismos más normales.

— En la técnica del Sueño Prolongado en el que generalmente se asocia a otras drogas aprovechando sus propiedades potenciadoras de otros tranquilizadores, anestésicos o analgésicos, para lograr una desconexión que se puede prolongar por varias semanas, técnica muy acudida en casos de ansiedad rebelde, trastornos psicofisiológicos, reacciones neuróticas, severos estados maníacos, etc.

— En la electroplexia cuando no es recomendable, aplicarla con el paciente lúcido.

— En el tratamiento de las crisis convulsivas, en el alcoholismo, en la habituación a otras drogas, etc.

— La insuficiencia hepática grave.

— La insuficiencia renal.

— Los traumatismos encéfalo-craneanos, en donde hay generalmente edema cerebral, el cual aumenta con la administración de barbitúricos por el incremento de la permeabilidad capilar que estos originan.

— Los síndromes cerebrales agudos.

d) *Otros Compuestos*

Existen en la actualidad muchos otros fármacos utilizados por sus propiedades sedantes e hipnóticas, solo vamos a enumerar algunos de ellos agrupándolos arbitrariamente en:

a) Antiguos:
- La Cloralosa
- El Hidrato de cloral
- El Sulfato de magnesia
- El Paraaldehido
- El Uretano
- El Metilparafinol, etc.

b) Modernos:
- El Doridén (glucothimida)
- El Bromural (bromovalureido)
- La Adalina (carbromal)
- El Noludar (metiprilón)
- El Tricoryl (tricoflos)
- El Placidorm (bromoetilpentinol)
- El Fenergán (prometazina), etc.

LOS TRANQUILIZANTES O ATARAXICOS

Delay y Deniker consideran, en el segundo grupo de psicolépticos, bajo el rubro de tranquilizadores o ataráxicos, un conjunto de drogas que a diferencia de los sedantes e hipnóticos de preferente ingerencia en el estado de la conciencia, la agudeza perceptiva y la conación, y de los neurolépticos, de evidentes efectos antipsicóticos y extrapiramidales; tienen fundamentalmente una acción morigeradora y estabilizadora de la afectividad reactiva, cuya menor resonancia permite una visión más objetiva de los acontecimientos y una mejor adecuación a las circunstancias y que, sin comprometer mayormente la conciencia, favorecen el sueño y el reposo a través de la quietud y la serenidad que promueven.

Estas drogas cuya vigencia y fabuloso crecimiento sólo data de dos décadas, tienen como características una intensa actividad a nivel de las conexiones interneuronales, las teorías más aceptadas se refieren a un bloqueo en la acción de los intermediarios químicos de las sinapsis neuronales y de las placas mioneurales, en los que disminuyen la fluidéz en la trasmisión de los estímulos y consiguientemente lentifica la espontaneidad y reactividad de las funciones psiquícas, disminuyendo la ansiedad y produciendo una grata sensación de aflojamiento y ataraxia en estrecha vinculación con la relajación muscular que, por otra parte, propician. En este sentido es muy conocida la correlación que existe entre el estado de alerta y la tensión muscular; así, cuando se está ansioso, los músculos se contraen preparándose para la lucha y por el contrario, cuando uno descansa, los músculos se aflojan y el psiquis entra en un estado de abandono y quietud. Estas drogas que, en general, actúan a estos dos niveles refuerzan sus acciones por una suerte de efectos reverberantes. Además, se ha demostrado tanto en la clínica como en el laboratorio su notable acción frenadora de la impulsividad y la agresividad, ya sea ésta espontánea o provocada; así en personalidades anormales psicopáticas y delicuentes que presentan frecuentes crisis de destructividad e ira o mantienen una actitud permanente hostil, su utilización es muy beneficiosa. Experimentalmente se ha probado en animales salvajes de sí crueles y sanguinarios y en otros que siendo habitualmente tranquilos se tornan agresivos en determinadas circunstancias: celos, estímulos desagradables y reiterados, hambre, cautiverio, etc. con resultados admirables, muchas veces comparables con los obtenidos con el uso de los neurolépticos.

Su administración usual se hace por vía oral, excepcionalmente por vía parenteral puesto de que su absorción por vía digestiva es muy fácil, ingresan en el torrente circulatorio distribuyendose en forma uniforme en los líquidos del organismo; su actividad es, como ya se indicó fundamentalmente extracelular, no necesitando ser transformados por el hígado para su eliminación, que se hace tal cual han sido ingeridos y en algunos casos con ciertas modificaciones. Por esta actitud neutral, de no intervención en la fisiología de los diferentes órganos, estas drogas no tienen contraindicaciones serias en los trastornos hepáticos, renales, cardiovasculares, endócrinos, broncopulmonares ni de otro tipo, pudiendo utilizarse con cierta amplitud en toda clase de pacientes, lo cual constituye una de sus principales ventajas; las dosis que se re-

comiendan son las que habitualmente se utilizan, pero pueden ser largamente superadas sin ningún temor, es por ello que las personas que intentan suicidarse con cualquiera de estos tranquilizantes, no tienen generalmente éxito, lo que logran es un profundo sueño o un estado de apatía, somnolencia, indiferencia y cierto grado de despersonalización. Los tranquilizantes en general pueden ser divididos en los grupos siguientes:

A.— *Los derivados del difenilmetano;* entre los que tenemos:

a) *Las Benacticinas.*

Son aminas terciarias sintetizadas en 1936 por Halpern, tiene marcada acción bloqueadora competitiva, anticolinérgica y sedante de intenso efecto periférico y débil acción central, produciendo somnolencia y ligeros síntomas tóxicos como pesadez, sequedad de boca, palpitaciones, etc.; algunos autores opinan que inhibe la monoaminaoxidasa, mientras que otros creen que inhibe la fosforilación oxidativa de las células cerebrales; se utiliza preferentemente en las neurosis de angustia con marcado componente ansioso, intranquilidad, irritabilidad o astenia, en las depresiones ligeras y, en general, en los trastornos situacionales a una dosis de 1 a 2 milígramos, 3 a 6 veces al día (Suavitil, Destendo, Mebenac: Benacticina 1 mg. más Meprobamato 200 mg.).

b) *Las Hidroxicinas.*

Son sedantes con propiedades principalmente adrenolíticas, antihistamínicas, hipotensoras y antiespasmódicas, siendo por ello, también, antieméticas, su mecanismo de acción es la inhibición de la fosforilación oxidativa y el incremento de las serotoninas; son bastante útiles en los casos de ansiedad y otros síntomas más bien de tipo neurótico, la agitación senil trastornos hipercinéticos, alcoholismo crónico, el pre y post operatorio. Los productos más conocidos son el Atarax y el Vistaril que se presentan en comprimidos de 10, 25, 50 miligramos y en inyecciones de 50 y 100 mg. las dosis recomendadas van de 10 a 400 mg. al día y se contraindica en el glaucoma y la hipertorfia prostática.

c) *El Azaciclanol.*

Mas conocido con el nombre comercial de Frenquel, es una droga muy interesante por su marcada acción antialucinatoria, como obser-

varon entre otros Fabing y Hawkins al emplearlo en la psicosis experimentales producidas por el L. S. D. En los casos en que el paciente está muy angustiado y tiene vivas alucinaciones auditivo-visuales o de otra índole produce una mejoría espectacular y su efecto dura 6 a 8 horas, por lo que es utilizada fundamentalmente en los trastornos psicóticos agudos, en los síndromes cerebrales agudos, asociados ya sea a traumatismos o intoxicaciones, en las psicosis alcohólicas agudas, en el delirium tremens, estados confusionales, síndromes vasculares, etc., es pues una droga útil cuando se emplea adecuadamente. En las reacciones esquizofrénicas no ha tenido el éxito que se esperaba, por lo que su uso es actualmente reducido. Se administra por vía oral, en comprimidos de 50 a 100 mg., por vía endovenosa y por vía intramuscular, en ampollas de 100 mg. a una dosis de 200 a 600 mg. por día.

B.— El segundo grupo está constituido por *los derivados del propanodiol* entre los que tenemos:

a) *La Mefenesina.*

Estudiada en 1946 por Berger y Bradley se expende con el nombre de Myanesin, Tolserol, etc. y tiene la particularidad de que su acción relajante muscular es más intensa que la de los otros tranquilizantes por lo que se le usa preferentemente en trastornos neurológicos, musculares y psiquiátricos que originan contracturas y dolores de hipertonía muscular; la ligera sedación que produce es de tipo reflejo, por acción más bien periférica. Se descompone rápidamente en el organismo produciendo derivados inactivos que se eliminan por vía renal.

b) *El Fenaglicodol.*

Cuyos representantes más conocidos son el Acalo y el Ultrán, es un ligero ansiolítico y un poderoso relajante, así mismo tiene efectos pseudocurarizantes y anticonvulsivantes; se emplea en los estados de inestabilidad emocional, ansiedad, angustia, trastornos funcionales, insomnio, etc., 1 ó 2 cápsulas de 300 mg. 2 ó 3 veces al día.

c) *Los Meprobamatos.*

Son sin duda alguna los fármacos más importantes de este grupo, y cuyo uso universal así lo ha consagrado; introducidos en 1951 por

Ludwig y Berger, rápidamente alcanzaron un lugar prominente en el arsenal terapéutico del médico general, se absorven con facilidad por el aparato digestivo y se excretan por vía renal ya sea en forma libre o conjugada con el ácido glucurónico. Más poderosos que los anteriores, actúan inhibiendo los reflejos polisinápticos interneuronales a diferentes niveles del sistema nervioso central, así se ha probado que reducen la excitabilidad cortical, bloquean la actividad diencefálica, disminuyen la respuesta del sistema reticular activante a la estimulación directa e indirecta, disminuyen la velocidad de los reflejos polisinápticos, etc. Entre los efectos clínicos más notables debemos citar: **la rápida y profunda acción ansiolítica** sin menoscabo de las funciones intelectivas, **conativas o el estado de vigilia**; la relajación muscular que, a dosis muy altas, pueden producir parálisis muscular flácida o acciones pseudocurarizantes, las propiedades anticonvulsivantes, antagonistas de los efectos de la estricnina, cardiazol y electroshock. El estado de sedación e indiferencia **que** origina, se acompaña de una sensación de seguridad, optimismo y plenitud; disminuye la agresividad frenando la irritabilidad y la impulsividad; potencia la acción de los barbitúricos y analgésicos, todo ello sin interferir en la función de otros sistemas y aparatos ni proporcionar efectos colaterales, tóxicos o indeseables marcados, por lo que su campo de aplicación es amplio y sin mayores contraindicaciones, inclusive en los pacientes graves; sin embargo es de tener presente la habituación y la adicción que son muy fáciles de adquirir, sobre todo por personas cuya estabilidad emocional es muy frágil, que tienen fuertes necesidades de dependencia o son inseguros o tímidos, lo cual se vé facilitado por el libre expedio de los tranquilizantes, su bajo costo, inocuidad y la agradable sensación de bienestar y alivio que producen. Se han descrito graves síndromes de abstinencia al cortar bruscamente su administración, muchas veces acompañados de crisis convulsivas.

Su campo de aplicación es muy basto, recomendándose en todo paciente que presente síntomas de ansiedad, inquietud, temor, labilidad afectiva, impulsividad, irritabilidad, en los trastornos obsesivo-fóbicos, síndromes psicosomáticos, trastornos de conducta de los niños, tensión promenstrual, petitmal, en el pre operatorio, reacciones situacionales, alcoholomanía y adicción a otras drogas, en los que se dá sólo por vía oral en comprimidos de 400 mg., generalmente 3 a 4 veces al día, pudiendo darse dosis mucho mayores por su amplio margen de

tolerancia, pese a lo cual se han descrito raros casos de intoxicación aguda grave particularmente en suicidas fallidos, en los que se ha llegado al coma con arreflexia profunda, parálisis muscular fláccida, midriasis e hipotensión; han sido reportados como casos de intoxicación leve: decaimiento, sensación, de pérdida de fuerza, reacciones alérgicas, trastornos sanguíneos, etc. En el mercado encontramos una gran profusión de productos como el Apacil, Ecuanil, Ecuabán, Miltown, Mebrin, Sedersán, Ansiowas, Mebenac, (benecticina 1 mg + meprobamato 200 mg.), Quietarax (amobarbital 30 mg. + meprobamato 300 mg.) Ansietyl (clorodiazepóxido 5 mg. + meprobamato 200 mg.), etc.

C.— El tercer grupo está constituido por *los derivados de la Benzodiazepina* que son los más modernos y poderosos tranquilizantes.

a) El primero de ellos es el *Metanaminodiazepóxido* o simplemente *diazepóxido* que desde su introducción, hecha por Randall en 1960, ha merecido los más encendidos elogios por sus efectos tranquilizantes y anticonvulsivantes, de una potencia diez veces mayor que la de los meprobamatos, su decisiva acción frenadora de la agresividad, la acentuada relajación muscular que produce, y sus propiedades anticonvulsivantes y antifóbicas, han condicionado su empleo con singular éxito en los estados de angustia, agitación psicomotriz, neurosis fóbicas y compulsivo-obsesivas, en todas las formas de alcoholismo, epilepsia, trastornos de conducta, personalidades anormales, personalidades psicopáticas, trastornos de la senectud, etc. así mismo se han reportado excelentes resultados en las llamadas enfermedades psicosomáticas como la úlcera péptica, la colitis ulcerosa, la hipertensión esencial, la cefalea idiopática, el angor péctoris, los pruritos rebeldes, las sensaciones vertiginosas, los trastornos cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios, neurovegetativos, etc.; su mecanismo de acción es la inhibición de los reflejos polisinápticos a niveles espinales. Su absorción por vía digestiva es muy rápida y su eliminación se hace por vía renal, ya sea en forma libre o conjugada; tiene escasa acción sobre el sistema vegetativo y no bloquea los efectos de los agentes neurohumorales, se presenta en comprimidos de 5, 10 y 25 mg. y en ampollas de 50 y 100 que, para su aplicación endovenosa o intramuscular, requiere un solvente especial, empleándose sobre todo en los casos agudos de agitación, intensa angustia, psicosis alcohólicas, impulsividad irre-

frenable y estados disociativos y maníacos. Los productos más difundidos son el Librium, Reposal, Ansietyl, Sonimen, Droxol, etc.

b) En 1961, el mismo Randall estudió el *Clorometanaminodiazepóxido o Diazepán,* conocido en el comercio como Valium, Plidán o Lembrol, que es 5 a 6 veces más poderoso que el diazepóxido y se diferencia de este por su acentuada acción hipnótica y su fuerte influencia en las vivencias obsesivas, ya sean temores fóbicos, ideas obsesivas, compulsiones o actos compulsivos. La dosis habitual es de 6 a 60 mg. diarios, habiéndose observado como síntomas tóxicos: ataxia, vértigos, constipación, somnolencia y transtornos psicosexuales.

Entre los derivados más recientes de la Benzodiazepina debemos referirnos a la *Dibenzocepina* (Insidón) de efectos tranquilizantes, estabilizadores, psicovegetativos y ligera acción timoléptica y psicoestimulante que la hace muy valiosa en el campo de los transtornos depresivo-ansiosos y una gran cantidad de afecciones que cursan con intranquilidad, angustia, insomnio, abatimiento, astenia y transtornos neurovegetativos, la dosis usual es de 150 a 300 mg. al día y, finalmente, la *Etilaminodibenzodiazepina* (Neodalit) cuya acción es más diferenciada y se polariza hacia los efectos timolépticos, habiéndose relatado en este sentido marcados éxitos en toda clase de depresiones en las que se utiliza en comprimidos de 40 a 80 mg. a una dosis variable entre los 120 y 500 mg.

D.— *Derivados de otros núcleos.*

Son drogas de efectos tranquilizantes y relajantes muy parecidas a las anteriores, particularmente a los derivados del propanodiol y que sólo mencionamos los más conocidos: el *Proformitén* (Gamaquil), la Ectilurea (Charotán o Nostín), *el Emilcalmato* (Nuncital o Stiratrán), *el Estimarato* (Sinaxar), etc. en la familia de los Carbomatos: *la Cloromezanona* (Fenarol o Troncopal) y *la Mefenexalona* (Ekilán o Moderamina).

LOS NEUROLEPTICOS

Son un grupo de drogas que actúan ya no a nivel de la conciencia, como los sedantes, ni a nivel afectivo, predominantemente, como los tranquilizantes, sino más bien a nivel del intelecto, aflojando las estruc-

turas patológicas delusivas y restando su resonancia pática, comportándose fundamentalmente como antipsicóticas. Para aclarar este punto mencionemos el caso de un paciente que tienen la convicción de que alguien piensa matarlo, pide ayuda a la policía, protección a los vecinos, visita frecuentemente al juez para manifestarle sus problemas, no puede estar tranquilo porque está envuelto en los sentimientos relacionados a estas ideas falsas; los neurolépticos que tienen la propiedad de disminuir esta repercusión emocional harían que, en un primer tiempo, el paciente diga: "bueno, continúan persiguiéndome, pero ya no me mortifico tanto, ya no me importa mucho"; "se que me quieren hacer daño, pero ya no me interesa"; es decir que desarrolla un estado de relativa indiferencia que propicia la desaparición de los temores y de las ideas delusivas que tenazmente lo aterrorizaban. Otra propiedad importante es su actividad antialucinógena; los trastornos perceptivo visuales, tactiles, olfatorios, auditivos y otros, son fácilmente yugulados. Si tratamos de comprender cómo es el mundo del psicótico, veremos que en él predomina el horror elevado a su máxima categoría, inexplicable y más allá de toda vivencia conocida, originada, según algunos autores, por una desmesurada y simultánea captación de estímulos y la pérdida de la capacidad de seleccionarlos y ordenarlos; que es lo que nos permite, en última instancia, manejarnos de un modo racional dentro de un contexto valorativo y lógico; crea, por consiguiente, una profunda confusión con un parcial borramiento de los perfiles de la realidad y la más profunda desesperación, clínicamente enmarcada como ansiedad psicótica. Estas drogas que tienen la propiedad de regular la captación perceptiva, permitirían de este modo, una mejor orientación, una visión más clara de la circunstancia existencial y subsiguientemente una reducción del temor y la angustia psicóticos. Por otra parte, estas drogas son potenciadoras de los analgésicos, anestésicos e hipnóticos, por lo que es menester tener mucho cuidado con pacientes que están en estado de coma o intoxicación aguda por otras drogas. Disminuyen el metabolismo basal, evitando el consumo de energía, propiedad, que es empleada en la hibernación artificial; son enérgicos vagolíticos y simpaticolíticos que a dosis elevadas producen trastornos neurológicos, particularmente síntomas extrapiramidales y, finalmente, poseen notables efectos antihistamínicos.

Según Fisher y col. para designar una droga como Neuroléptica. debe esta reunir las siguientes condiciones:

a) Ser un tranquilizador profundo con disminución de la actividad psicomotora y pérdida de interés, en lo que rodea a la persona, sin una disminución significativa de las facultades intelectuales y sin efecto hipnótico propio.

b) Bloquear las respuestas condicionadas primarias en los animales de experimentación.

c) Disminuir la agitación, excitación y euforia patológicas y contrastar la acción de los alucinógenos.

d) Mejorar los procesos psicopatológicos por mecanismos no bien aclarados con pérdida de interés en los propios síntomas psicóticos y alejamiento con respecto a su propia enfermedad.

e) Actuar sobre centros activos extrapiramidales y vegetativos.

f) Inferir, probablemente, con mecanismos neurohumorales en determinadas partes del sistema límbico, centros mesodiencefálicos y formación reticular.

A.— Los derivados de la Fenotiazina.

Entre los neurolépticos más importantes tenemos en primer lugar a los derivados de la Fenotiazina que estudiaremos enseguida:

La primera de estas drogas maravillosas, es *la Cloropromazina*, cuya síntesis realizada en 1950 por Charpentier a partir del Fenergán, fue aplicada en 1951 por Laborit en la producción de un estado especial de anestesia en que el metabolismo es reducido al mínimo indispensable permitiendo al organismo defenderse mejor de los procesos infecciosos agudos, traumáticos, operatorios o de otra índole, a lo que él denominó la Hibernación Artificial; pero fue un año más tarde, en 1952, en que diversos autores realizaron valiosas investigaciones entre los que destacaron Madame Courvoisier y col. en los aspectos de Fisiología Experimental, y Delay y Deniker, quienes al percatarse de sus potencialidades terapéuticas propugnaron su empleo en la psiquiatría; desde entonces la aparición de los derivados fenotiazínicos ha sido incesante y las publicaciones cada vez más cuantiosas.

Una vez en el organismo, esta droga disminuye la actividad funcional celular y mitótica, por lo que Decourt la designó bajo la denominación de Narcobiótico, este efecto inhibidor se debe al parecer a una disminución en los procesos oxidativos; lo cual, in vivo, se reproduciría selectivamente en determinadas formaciones cerebrales como las neuronas de las estructuras subcorticales del cerebro medio, parte ba-

ja del tálamo, el hipotálamo, el rinencéfalo y la formación reticular; son también evidentes en sus efectos vagolíticos y simpaticolíticos centrales y periféricos, interfiriendo con los mecanismos adrenérgicos, colinérgicos, histamínicos y serotonínicos, particularmente el bloqueo de los mecanismos adrenérgicos intrarreticulares; lo cual disminuye la actividad espontánea, reduce el estado de alerta y la respuesta tanto emocional como motriz, produciendo un estado de sedación e indiferencia. Esta droga se absorve fácilmente por las diferentes vías, se conjuga parcialmente en el hígado y luego es eliminada en su mayor parte por vía renal y digestiva; mucho se ha especulado acerca de las lesiones que causa en el parénquina hepático, lo cual no es cierto; más bien produce un espesamiento de la bilis y un grado variable de inflamación perilobulillar, que se manifiesta como una infiltración linfocitaria; ambos factores dificultan la circulación a través de la luz del canalículo biliar lo cual condiciona diferentes trastornos mecánicos de índole obstructiva que pueden llevar a un incremento de la bilirrubinemia y a la ictericia, pero nó como consecuencia de una hepatitis propiamente dicha, por lo que la cloropromacina puede administrarse en todos los casos en que no hay grave daño hepático a dosis prudentes.

Entre sus acciones más notables podemos mencionar que es un poderoso antipsicótico, que sin destruir las idea delirantes, propiamente, le resta el componente afectivo y produce un notable aflojamiento en su fuerza convicciconal; es un gran tranquilizador que morigera la espontaneidad, la reactividad y la impulsividad; calma la angustia, sobre todo la del tipo psicótico, frena los estados de exaltación de ánimo, particularmente la ira y la elación; relaja los fenómenos de autismo y permite un acercamiento al mundo de la realidad, fragmentando el encapsulamiento y la rigidéz de las vivencias esquizofrénicas, psicóticas, obsesivas e hipocondríacas, permitiendo de este modo una efectiva acción psicoterapéutica. Es preferentemente utilizada en los estados de agitación y excitación psicomotriz, estados confusionales sobre todo en confusiones psicógenas, estados confusionales alcohólicos y epilépticos, en todas las formas de Esquizofrenia, particularmente en la Paranoide; en los estados maníacos; en las Psicosis crónicas, en las toxicomanías y los síndromes de abstinencia, en ciertos trastornos neuróticos como en los obsesivos, fóbicos, hipocondríacos, etc., en ciertos tratamientos especiales como la hibernación arificial, la cura del sueño prolongado, etc.; además en medicina general y otras

especialidades tienen ingentes aplicaciones como en los trastornos neurovegetativos, procesos febriles, vómitos, hipo, algias rebeldes, insomnio, afecciones psicosomáticas, en el pre y post operatorio, prurito irreductible, etc.

Las principales contraindicaciones son: todas las formas de la depresión, las insuficiencias hepáticas, renal y cardiovascular, los comas barbitúricos y etílicos, los procesos infecciosos agudos y crónicos, las discracias sanguíneas y algunas dermatitis.

Se emplea una dosis muy variable iniciándose frecuentemente con 25 o 50 mg. 3 veces al día, para ir subiendo hasta alcanzar una dosis óptima generalmente alrededor de 300 a 600 mg. diarios o más; en los casos agudos se impone la utilización de dosis altas por vía parenteral y en los niños se recomiendan las gotas a razón de 1 mg. por kilo de peso al día. Desde hace pocos años se usa en combinación con otros tratamientos como el electrochoque, la insulinoterapia, la psicocirugía, la psicoterapia y otras drogas neurolépticas o tranquilizantes. Los síntomas tóxicos más frecuentemente hallados son sequedad de las mucosas, disminución de la peristalsis, transtornos de la visión, lentificación de los movimientos, frilosidad, parkinsonismo, somnolencia, entorpecimiento, confusión, apatía, estados catatonoides, hipotensión ortostática, dermatitis, granulocitosis, constipación, debilidad, astenia, etc.

De los muchísimos derivados fenotiazínicos señalamos brevemente sólo los que son más usados en nuestro ambiente:

La Promazina (Liranol) de efectos similares a la cloropromacina su acción es más rápida e intensa especialmente cuando se emplea por via parenteral en los episodios psicóticos agudos, trastornos derivados del alcoholismo, estados de agitación o marcada angustia, las diferentes modalidades de toxicomanía, etc. La dosis es variable pudiendo administrarse 25 a 100 mg. por vez repitiéndose cada 4, 6 u 8 horas de acuerdo con la gravedad del cuadro, su administración por vía oral en comprimidos de 25 y 50 mg. complementa la acción parenteral pudiendo llegar de 100 a 600 mg. por día. Su presentación es pues en comprimidos y frascos de 10 centímetros cúbicos con un tenor de 50 mg. por cc.

La Perfenazina (Trilafón) 5 a 6 veces más potente que la cloropromacina es particularmente útil en los casos de niños con trastornos de conducta, psicóticos crónicos, apáticos e indolentes, oligofrénicos eréticos y los vómitos incoercibles por su marcada acción antiemética; sin embargo debe tenerse cuidado en su dosificación pues muchas ve-

ces ocasiona trastornos neurológicos de tipo extrapiramidal, convulsiones, síntomas catatonoides, crisis de torsión, etc., la dosis aconsejada es de 8 a 24 mg. por día, expendiéndose en tabletas de 2, 4, 8 y 16 mg.

La Proclorperazina (Stemetil) es el más poderoso antiemético conocido en la actualidad, además tiene marcada acción neurovegetativa empleándosele por ello con frecuencia en mareos, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y migrañas; a dosis de 10 a 30 mg. por día en comprimidos de 5 y 10 mg. o en gotas que vienen a una concentración de 1 mg. cada 4 gotas. En los procesos psicóticos crónicos, oligofrénicos eréticos, esquizofrénicos apáticos, hebefrénicos y simples tiene mucha eficacia, sin embargo mayormente se utiliza en disturbios funcionales y psicosomáticos.

La Mepazina (Pacatal) casi extento de efectos molestos, es predominantemente vagolítico no produce somnolencia ni deprime la actividad intelectual, mas bien ligeramente euforizante, su acción tranquilizadora es ligera y tolerable, se utilizan comprimidos de 25 y 50 mg. que se dán de 3 a 6 al día y en inyecciones de 50 mg. Desde que los trastornos que produce en la circulación son leves, se usa en pacientes delicados de avanzada edad.

La Trifluopromazina (Siquil) (Vesprín) se usa por vía parenteral de 10 a 20 mg. por cc. su acción es similar a la del Liranol y se recomienda dosis de 60 a 200 mg. por día, particularmente en la excitación psicomotriz, reacciones psicóticas agudas y esquizofrenia catatónica.

La Thioridazina (Meleril) Tiene las mismas propiedades beneficiosas de la cloropormazina, además de una intensa acción ansiolítica y no tiene sus efectos indeseables, salvo en los primeros días en que se nota una ligera pesadez y sequedad de la boca nada comparables a los de los otros fenotiazínicos, por todo lo cual es la mejor tolerada y la de mas fácil manejo, habéndose popularizado su empleo en comprimidos de 10, 15 y 100 mg. y gotas a razón de 1 mg. por gota pudiendose alcanzar 300 a 600 mg. diarios que se puede sobrepasar sin temor; es particularmente útil en la psiquiatría infantil, trastornos de conducta, incremento de la irritabilidad, insomnio, síndromes cerebrales crónicos, pacientes de edad avanzada y trastornos psicosomáticos, además de las indicaciones generales de los fenotiazínicos que ya hemos señalado.

La Fluofenazina.— (Anatensol) (Sevinol) es una droga que se utiliza mucho en medicina general, es muy potente y su acción es sos-

tenida por lo que se usa en dosis de 1 a 6 mg. diarios en comprimidos de 1 mg. y gotas a razón de 0.6 mg. por cc., tiene pocos efectos colaterales y es poderoso antiemético.

La Trifluorperazina.— (Stelazine) es el fenotiazínico más brillante que ha surgido en estos últimos años, ha tenido un gran éxito por su excepcional potencia y eficaz acción 10 veces mayor que la clorpromazina, se presenta en comprimidos de 1, 2 y 5 mg. generalmente basta una dosis pequeña de 1 a 5 mg. 2 ó 3 veces al día, sin embargo se puede emplear dosis mucho mayores 15, 30 o más mg., para el uso parenteral se expenden ampollas de 1 mg. Su principal indicación son los casos difíciles y crónicos en los que han fracasado los otros métodos terapéuticos. Se usa en los esquizofrénicos anérgicos, inhibidos, regresivos, delirantes y alucinados, fóbicos, obsesivo compulsivos, personalidades sociopáticas, alcoholismo, etc.

La Levopromazina (Sinogán) (Nozinán) Su importancia reside en que es el único que tiene acción antidepresiva y es a la vez un hipnótico muy poderoso. Como hemos visto, la contraindicación psiquiátrica de los fenotiazínicos es la depresión, excepto en este caso. Se usa en comprimidos de 2 y 25 mg., ampollas de 25 mg. y gotas a razón de 1 mg. por gota, se recomienda en insomnios rebeldes, estados maníacos, estados de agitación, cuadros psicóticos y esquizofrénicos, síndrome de Cotard, depresiones psicóticas, ansiosas y seniles a una dosis que puede variar de 1 a 100 mg. al día.

La Dixiracina.— Conocida con el nombre comercial de Esucos, es un derivado piperacínico de acción intermedia, es menos antipsicótico y mas sedante y ansiolítico de efectos prolongados, se recomienda en los estados de ansiedad, fobias, hipocondría, agitación y trastornos del comportamiento, la dosis usual, es la de 10 á 75 mg. administrándose por vía oral en comprimidos de 10 y 25 mg.

B.— Los derivados de la Rawolfia Serpentina.

Esta planta, particularmente sus raices, fué utilizada en la India desde la antigüedad por sus efectos tranquilizantes e hipotensores, justamente esta doble e importante propiedad destacaron Sen y Bosé en 1931; este mismo año Ray informó acerca de su acción sedante, luego entre 1952 y 1953 aparecieron los importantes trabajos de Schletler y col., Miller y col., Gupta y co., Weber y col., Hakim, etc.

que precisaron, a través de la experimentación y la clínica, los conocimientos que hoy tenemos y los incorporaron definitivamente al arsenal de la terapia psiquiátrica; a continuación daremos una breve reseña de sus principales derivados.

La Reserpina.— (Serpasol) (Serpasil) (Reserpoid) Es el principal alcaloide de la Rawolfia, sus efectos son muy similares a los de la clorpromazina, casi superponibles, sin embargo su núcleo es totalmente diferente y su acción, según Brodie, es ejercida sobre las células del cerebro produciendo la deplesión de las serotoninas a nivel hipotalómico y del sistema reticular; por su marcado efecto hipotensor es utilizado para normalizar la tensión arterial elevada, a dosis bajas; en psiquiatría se le emplea mas bien a dosis muy altas por su notable acción antipsicótica y tranquilizadora profunda, calma la inquietud y la agitación psicomotríz, morigera la impulsividad instintiva, disminuye la fuerza conviccional de las delusiones y su componente afectivo, al igual que en cuanto a las formaciones perceptivas patológicas, quiebra el autismo y, en fin, propicia un retorno a la realidad y a los dinamismos interpersonales; pero muchas veces produce fenómenos de hipotensión postural y otros transtornos circulatorios, marcado parkinsonismo, temblores, rigidéz, edema, aumento de peso y diarreas, mas raramente efectos paradojales como mayor intranquilidad o la exaltación de otros síndromes. Por otra parte, su acción es muy lenta; empieza recién entre el octavo y el décimo día del tratamiento, del mismo modo se elimina muy lentamente y sus efectos persisten inclusive por varias semanas, siendo por ello peligrosa su administración masiva y prolongada. Se le emplea por vía oral en comprimidos de 0.10, 0.25, 1 y 4 mg. y en ampollas de 0.10 y 0.25 mg. inicialmente a dosis de 12 a 20 mg. por día, debiendo ser menores las dosis de mantenimiento que deben sostenerse por largo tiempo luego de que haya remitido el cuadro, pues es frecuente su reaparición. Su mayor utilidad es en reacciones esquizofrénicas crónicas, episodios psicóticos agudos, agitación psicomotríz, alcoholismo crónico, casos de habituación a otros fármacos, síndromes cerebrales agudos y crónicos, etc. Estando contraindicada en la úlcera péptica, transtornos circulatorios graves, insuficiencia hepática y renal, transtornos gastrointestinales, y particularmente en los síndromes depresivos e hipocondríacos.

La Deserpidina.— Es otro alcaloide de la Rawolfia, conocido con el nombre comercial de Harmonyl, cuya ventaja es que los efectos se-

cundarios son menos frecuentes y más leves y su acción más rápida; se administra en comprimidos de 0.25 mg. a razón de 3 a 6 por día.

La Rescinamina.— Que se expende con el nombre de Moderyl, es muy poco utilizado en nuestro medio y sus propiedades muy similares a la anterior.

Alcaloides totales de la Rawolfia.— Se presenta en la forma de polvo de raiz (Raudixin) que se expenden en tabletas entéricas de 50 y 100 mgs. o la mezcla de alcaloides parcialmente purificados (Alseroxylon y Rawiloid) en tabletas de 2 mg.

C.— Derivados de otros Núcleos.

De los cuales sólo vamos a mencionar y señalar la dosis diaria habitual por tratarse de productos nuevos que se encuentran en proceso de experimentación y aplicación clínica:

a) *Derivados de la Butirofenonas*:
   a) La Haloanisona = 30 a 60 mg.
   b) El Haloperidol = 2 a 6 mg.
   c) El Triperidol = 2 a 4 mg.
   d) El Dipiperón = 120 a 260 mg.

b) *Derivados del Tiaxanteno*:
   a) El Protipendil = 120 a 800 mg.
   b) El Cloroprotixen = 20 a 200 mg.
   c) El Clopentixol = 10 a 150 mg.

II LOS PSICOANALEPTICOS

Estas drogas generalmente conocidas como elevadoras del estado de ánimo comprenden dos grupos:

A.— LOS PSICOESTIMULANTES.—

Fármacos de notable acción estimulante a nivel de la corteza cerebral y el sistema reticular ascendente, son conocidos como drogas despertadoras porque auyentan el sueño y procuran una prolongada vigilia, aumentan el estado de lucidez, realizándose la percepción con ma-

yor claridad y agudeza, la captación se torna más fina, el aprendizaje se facilita, se acelera el tempo psíquico y la expontaneidad, los procesos asociativos y mnémicos se hacen más fluidos, produciendo un sentimiento de plenitud, optimismo, alegría y vigor. Sus efectos se contraponen a las acciones de los sedantes e hipnóticos que ya hemos estudiado.

Si revisamos la historia de la Medicina, podemos apreciar cómo los cuadros depresivos se conocen casi desde que el hombre aparece en la superficie terrestre, la tristeza y la ansiedad son sentimientos consustanciales a su existencia y su influencia ha sido de tal magnitud que ha florecido en valiosas y perennes manifestaciones artísticas, como la tragedia; sociales, como los rituales religiosos y las ceremonias de duelo; intelectuales, como las grandes interrogantes filosóficas y metafísicas y, en fín, advertimos su presencia en las más diversas expresiones culturales. Frente a ello, el médico ha tomado diferentes actitudes de acuerdo a su época y a su cultura, ya veremos posteriormente, en el capítulo de la Psicoterapia, cómo se trataba de alegrar al melancólico por medio de cánticos, danzas, juegos, confidencias, viajes, pociones mágicas, exorcismos, así como con el empleo de las más distintas sustancias, algunas de las cuales revisaremos brevemente:

Las Bebidas Alcohólicas.— Podemos suponer que fueron las primeras drogas, de uso colectivo e individual, ingeridas con el objeto de mitigar la pena; su eficacia a dosis pequeña es tal, que inclusive en nuestros días es el más popular mecanismo social a que acude el hombre que sufre, sin embargo su uso racional ha sido abandonado por lo fugaz y contraproducente de sus efectos y los múltiples inconvenientes, como la habituación o adicción.

Las Xantinas.— El café, el té y otras sustancias aromáticas han sido también utilizadas desde tiempos inmemoriales como ligeros estimulantes, los alcaloides extraidos de estas plantas pertenecen al núcleo químico de la xantina, su utilización en casos urgentes, sobre todo en medicina general y en la medicina popular es aún vigente.

Las Aminas Estimulantes.— En 1935 se introdujo el uso de las anfetaminas y las aminas psicoestimulantes de las que en la actualidad se emplean numerosos derivados; entre los que recordamos *la Anfetamina* (Benzedrina), *la Dexedrina* (Dexamyl), *el Dexozine, el Metedrine, el Metilfenidato* (Ritalín), *la Desoxiefedrina* (Pervitin), *la Orfenadrina* (Disipal), *el Dimetilaminoetanol* (Deaner) y el *Pipradol* (Mera-

trán); cuya presentación, en general, es en tabletas de 5 y 10 mg., excepto este último que se expende en comprimidos de 1 mg.; son administrados a una dosis de dos o tres comprimidos al día de acuerdo con el estado de cada paciente, recomendándose que sólo se haga por las mañanas o, a más tardar, hasta las 3 ó 4 de la tarde, puesto que sus efectos, que duran alrededor de 6 horas, pueden causar insomnio y ansiedad nocturna. Se indica en pacientes con astenia, fatiga fácil, somnolencia, pérdida de interés, falta de vigor y espontaneidad, etc. Estando contraindicados en personas inquietas o ansiosas, estados depresivos, cardiopatías, hipertensión, trastornos endócrinos o simpáticotonias. Sus efectos son transitorios y superficiales, el paciente no mejora en cuanto a su estado de ánimo fundamental y un estado depresivo puede ser transformado en una depresión ansiosa; de otro lado, su uso indiscriminado, particularmente por estudiantes, intelectuales, artistas, etc. que lo ingieren con el fín, de conservar el estado de lucidez y vigor, poder seguir trabajando o por la satisfacción y plenitud que concede, esta creando serios problemas por su fácil habituación y la creciente adición a estas drogas, así como los trastornos psicológicos que causa, ya sean episodios psicóticos, crisis de angustia, estados de agitación, etc.

Las Vitaminas.— Son utilizadas como coadyuvantes por su beneficiosa acción en el metabolismo general, además, como quiera que mejoran el apetito y dán una mayor tónica, se prestan a ser cargadas sugestivamente; las más utilizadas son las del complejo B, que de sí ejercen una beneficiosa y específica acción sobre el sistema nervioso, y las vitaminas A, D y E.

Los Compuestos Hormonales.— Igualmente se prestan al ejercicio de la psicoterapia sugestiva, desde que es conocida una acción virilizante y fortificante en el consenso popular, utilizándose preferentemente los androgenoides, por su acción estimulante del anabolismo y por producir la sensación de una mayor capacidad genésica y una mayor resistencia y vitalidad; la *hormona tiroidea* es apreciada por el estado de lucidez y tensión que origina, además de su acción beneficiosa en el crecimiento y la maduración; *las hormonas luteofoliculínicas* son particularmente valiosas en los trastornos propios del climaterio y algunos estados patológicos secundarios a trastornos gonadales; finalmente, *los corticoides* son así mismo, útiles en los casos de astenia, hipotensión y decaimiento marcados.

El Acido Glutámico.— Es una sustancia intermediaria indispensable en el metabolismo neuronal; hace unos años se creyó que podía tener aplicación en el tratamiento de las oligofrenias, pero pese a los éxitos iniciales su efecto es muy discutible y actualmente solo ha quedado relegado a su empleo como ligero psicoestimulante por la sensación de bienestar, lucidez y seguridad que produce.

Los Compuestos Fosforados.— Se conocen así una serie de sustancias que tienen en su composición sales de fósforo; en el comercio existe una gran cantidad de ellos y se expenden en la forma de pociones, ampollas, comprimidos y gotas; en general producen una sensación de mayor energía, capacidad de recordar y discurrir, facilidad en la captación, en la comprensión, etc., motivo por el cual son tradicionalmente conocidos como "tónicos cerebrales".

Los Derivados del Opio.— Este grupo constituye un puente entre los psicoestimulantes y timolépticos desde que tiene propiedades de ambos y en la antiguedad fueron muy utilizados en el tratamiento de las depresiones; dan una agradable sensación de euforia, bienestar, omnipotencia y plenitud; a dosis mayores se advierten trastornos perceptivos y distorsiones del pensamiento de un tenor tan placentero que incitan a la habituación y, en ciertos individuos proclives, inseguros, inestables o dependientes, a la adicción, que siempre tiene características graves; en la actualidad es por ello de interés universal el estudio de su profilaxis y tratamiento, en cuyo sentido se están realizando ingentes esfuerzos.

B. LOS TIMOLEPTICOS.

A diferencia de los anteriores mas bien se caracterizan por sus efectos en la esfera del sentimiento produciendo una elevación del estado de ánimo en el sentido de propiciar sentimientos de bienestar, alegría y optimismo, suscitando la iniciativa y el interés, alejando las vivencias sombrías, autoacusatorias y los sentimientos de culpa; muchas de ellas no producen la inquietud ni la lucidez de los psicoestimulantes sino más bien una inhibición conativa, un estado de quietud y somnolencia. Debemos diferenciar por su mecanismo de acción un grupo al que se denominado *los inhibidores de la monoamino-oxidasa* de otro conocido como de los *timolépticos propiamente dichos.*

a) *La Iproniacida.*— Sintetizado por Kline en 1951 cuando la casa Roche estaba empeñada en descubrir tuberculostáticos más podero-

sos que la isoniazida, fue empleada primitivamente con este objeto, pudiendo observar su notable acción sobre el humor básico, la regulación de las funciones biológicas como son el apetito y el sueño y una marcada mejoría subjetiva de los pacientes; más tarde empleada en los diferentes tipos de depresión ha tenido magníficos resultados, su administración se hace por vía oral, su absorción digestiva es rápida llegando a la intimidad de las neuronas donde inhibe la acción de la monoaminooxidasa. enzima que promueve el catabolismo de las serotoninas y catecolaminas, aminas andrenérgicas que son responsables del estado de vigilia y la constante actividad y establecen el tono vital del individuo; se conjuga a nivel hepático y tiene acción tóxica sobre el hepatocito, aunque sólo a dosis altas y por largo tiempo puede producir lesiones significativas; sin embargo es recomendable en los pacientes tratados con este fármaco controlar periódicamente la función hepática y la fórmula sanguínea, pues también se han reportado diferentes tipos de discracias sanguíneas. Se indica de uno a dos comprimidos de 25 a 50 mg. dos o tres veces al día hasta, a más tardar, las 4 p.m.; pues interfiere en el sueño; un esquema terapéutico habitual es dar inicialmente dosis altas, para luego ir disminuyendo hasta lograr un nivel con el cual remitan los síntomas, el que se debe mantener por un tiempo prudencial. Es particularmente útil en todos los cuadros depresivos, sean sintomáticos, neuróticos o psicóticos, así mismo es singularmente beneficioso en los procesos infecciosos crónicos, como la tuberculosis, la osteomielitis, las parálisis u otras enfermedades invalidantes que favorecen u originan estados depresivos y en los que los pacientes se tornan inestables, malhumorados, quejumbrosos y melancólicos, pierden toda esperanza, la propia autoestima, el apetito y el sueño. También tiene aplicación en diferentes trastornos funcionales, particularmente en las cardiopatías, por su marcada acción vasodilatadora coronaria; en los pacientes con amorexia de origen psicogénico o cualquier otro; en las dermatopatías crónicas, particularmente en las psoriasis y en los trastornos psicosexuales como la frigidez o la impotencia coeundi, sobre todo cuando se dan asociados a vivencias depresivas, sentimientos de inseguridad, incapacidad y falta de vigor físico.

La Isocarboxacida.— Es el derivado benzílico de la Iproniacida más conocida con el nombre de Marplán, tiene efectos más poderosos y rápidos, menor toxicidad y mayor acción vasodilatadora. Sus indicaciones son similares y su administración se hace en comprimidos

de 5 a 10 mg., inicialmente se emplea dos a cuatro veces al día, debiendo, luego de haber obtenido la mejoría, disminuir a la mitad como dosis de mantenimiento.

La Nialamida.— (Niamid). De acción parecida aunque de menor intensidad y profundidad tiene particularmente uso en ancianos, niños o pacientes disminuidos físicamente, por su mayor margen de seguridad; se administra por vía oral en comprimidos de 25 mg. tres a seis veces al día pudiendo llegarse a los 300 ó 400 mg. inicialmente o en dosis progresivas.

La Fenildiazina (Nardil).— Tiene las mismas indicaciones y efectos que la Nialamida. Estas dos drogas tienen un acción más lenta y uniforme, carecen de efectos sobre el sueño, siendo recomendadas en trastornos psicosomáticos, depresiones neuróticas e involutivas y contraindicados en las manías y psicosis, particularmente en la esquizofrenia.

La Tranilcipromina.— (Parnate) es el inhibidor del MAO más poderoso que existe actualmente, su acción es sumamente rápida en comparación con los anteriores, que tienen un tiempo de latencia de 6 a 12 días y su eliminación es también precoz, no dando lugar a fenómenos de acumulación, frecuentes con los otros antidepresivos. Se emplea de 10 a 60 mg. por día, en comprimidos de 10 mg. Se han reportado casos en que ha originado hipertensión, taquicardia y cefalea por lo que se debe tener cuidado en pacientes cardiovasculares, síndromes cerebrales agudos y crónicos, feocromocitoma, trastornos endócrinos, etc. En el mercado aparece combinado con la trifluopiperazina con el nombre de Stelapar, particularmente útil en las depresiones ansiosas y reacciones psicofisiológicas e hipocrondriacas.

Los Timolépticos Propiamente dichos

La Imipramina (Tofranil).— Sintetizada en los Laboratorios Geigy por Khöler y utilizada en la clínica por Kühn en 1957, tiene la ventaja de tener una acción decisiva y profunda en los pacientes con síntomas depresivos sobre todo del tipo psicótico, en los que se usa con marcado éxito desde entonces, no tiene acción despertadora psicoestimulante, sino más bien euforizante y eutímica, induciendo al sueño secundariamente.

Luego de su administración se nota al paciente alegre, optimista, seguro, su estado afectivo se ha transformado y en realidad todo su

mundo intrapsíquico ha dado un vuelco, se torna vivaz y comunicativo, retoma sus intereses y ambiciones, las quejas hipocondríacas desaparecen, lo mismo que los autoreproches y sentimientos de culpa y desvalimiento. El deprimido que, por lo general, actúa en forma hostil contra los demás y contra sí mismo, apartándose del mundo tras una coraza sombría y sin esperanza, experimenta una sensación de armonía interior, vitalidad, recupera la iniciativa y su proyección hacia el futuro, los demás y el mundo exterior cobran nueva vigencia lo cual facilita, sin duda alguna, el acercamiento psicoterapéutico.

Se usa por vía intramuscular en ampollas de 25 mg. y por vía oral en comprimidos de 10 y 25 mg., generalmente se inicia el tratamiento por vía parenteral 1 ampolla cada 6 u 8 horas, paralelamente se administra por vía oral 3 a 6 comprimidos diarios, su absorción por vía digestiva es lenta y su acción demora en presentarse 6 a 8 días. La mayoría de los autores opinan que ésta se realiza a nivel de los intermediarios del sistema adrenérgico periférico sensibilizando las sinapsis, de modo diferente de lo que ocurre con la Iproniazida que actúa a nivel del sistema diencefálico y reticular. Su eliminación se hace por vía renal en la misma forma en que se administra la droga, es decir no sufre mayores transformaciones, es menos tóxica que las anteriores y su acción sobre el hepatocito es mínima, la sobredosificación por intentos de suicidio no han producido sino somnolencia, movimientos involuntarios, temblor, sobreexitación, parestesias, taquicardia, crisis convulsivas, aunque, en alguna oportunidad, coma grave y muerte.

Se obtienen los mejores resultados en todos los cuadros depresivos, particularmente en los de filiacción psicótica, en los transtornos funcionales ya sean urogenitales, digestivos, cardíacos, o de cualquier índole, en algunos estados fóbicos y obsesivo-compulsivos asociados a inhibición y ánimo depresivo, en las quejas y actitud hipocondríaca, en pacientes crónicos e inválidos que han sufrido grave desmedro en sus espectativas, así como en las alteraciones propias de la edad avanzada y en los niños con transtornos de la conducta.

Esta contraindicada en los síndromes maníacos, la angustia psicomotriz, pacientes psicóticos agudos, particularmente esquizofrénicos, con síntomas productivos, síndromes cerebrales agudos ya sea por intoxicaciones, traumatismos, infecciones y en pacientes con insuficiencia renal o hepática grave o graves lesiones cardíacas.

La Dismetil Imipramina que es el metabolito de la Imipramina conocido como Pertofrán, actualmente en la fase de experimentación clínica, parece no tener mayores ventajas.

La Amitriptilina.— (Tryptanol) Tiene una marcada acción sedante e hipnótica, por lo que, generalmente, produce somnolencia, sedación y sueño, siendo el despertar con mejor estado de ánimo, sensación de bienestar y tranquilidad. Se presenta en forma inyectable a una concentración de 10 mg. por cc. y en comprimidos 10 y 25 mg., se emplea como dosis inicial 4 cc. 3 a 4 veces al día y/o 2 a 6 comprimidos repartidos en 2 a 4 dosis, para luego ir disminuyendo paulatinamente, generalmente se prefieren dosis bajas por la profunda hipnosis que produce, pero si el paciente tolera se puede llegar hasta 100 ó 150 mg. diarios. Indicándose principalmente en las depresiones ansiosas, neuróticas e involutivas, en el insomnio rebelde, síndromes cerebrales crónicos, quejas hipocondríacas y en los transtornos seniles.

Produce efectos secundarios como sequedad de la boca, sensación de desorientación, palpitaciones, parasimpaticotonía, estreñimiento, etc.

La Nortriptilina.— (Aventyl). Tiene como principal diferencia, de la anterior, la ausencia de efectos sedantes e hipnóticos, sus indicaciones y dosificación es la misma, presentándose en cápsulas de 25 mg. que deben ser administrados dos a cuatro veces al día, usualmente.

E.— LAS DROGAS MIXTAS.

Son fármacos que tienen acción tanto antipsicótica como antidepresiva y que sólo mencionaremos para su utilización frente a casos de depresión ansiosa, o en los que se presentan síntomas de ambas vertientes:

a) Insidón
b) Surmontil
c) Sinogán
e) Tryptanol

III. *PSICODISLEPTICOS*

Estas drogas también conocidas como Alucinógenas, Psicotomiméticas, Drogas Fantásticas, etc. se caracterizan por la inducción de estados

de euforia, confusión oniroide, especial sugestibilidad, alucinaciones visuales, auditivos, tactiles; transtornos cenestésicos, sensación de transformación del cuerpo, transtornos neurovegetativos, excitación psicomotriz, inestabilidad emocional, y, en fin, incontinencia emocional, todo lo cual hace que simulen cuadros psicóticos sin tener las características propias de éstos, como se creyó en un principio.

Estas drogas, actualmente muy en boga porque se experimenta activamente su aplicación en la práctica médica, tienen efectos rápidos, intensos y transitorios, ideales para quebrar ciertas estructuras patológicas enquistadas, como el autismo, las deluciones, la catatonía esquizofrénica, la actitud hipocondríaca u obsesiva, lo que permite un acercamiento psicoterapéutico más adecuado; se le atribuyen propiedades psiquedélicas, es decir que ponen de manifiesto las capas más profundas del psique. Su aplicación implica serios peligros como son episodios psicóticos prolongados, impulsos suicidas, reacciones paranoides o agresivas, cambios de personalidad y adicción.

Dietilamida del Acido D-lisérgico o LSD.— Es un alcaloide del cornezuelo del centeno, conocido de antiguo porque la intoxicación alimenticia con el centeno producía cuadros alucinatorios, de allí su aplicación mágica en las prácticas primitivas de la medicina. Sintetizada por Stoll y Hoffmann en 1943 fué exitosamente empleada experimentalmente por los intensos transtornos alucinatorios e ideativos que causa. Frente a un esquizofrénico crónico en el que han fracasado otros tratamientos la administración de 100 a 200 gamas de esta droga logra romper transitoriamente las defensas psicóticas y propicia un adecuado enfrentamiento psicoterapéutico y la posibilidad de distanciarlo de sus síntomas y proponerle mecanismos más ajustados a la realidad.

Sucede algo semejante a lo que se observa en personas inseguras y tímidas que al tomar bebidas alcohólicas, se tornan comunicativos, expresando sus temores y dificultades. También se ha iniciado su uso en la psicoterapia de grupo.

La Mescalina.— Extraída de la Opuntia Cilíndrica y otras plantas, esta droga ha sido muy estudiada por los mejicanos y los europeos por sus intensos efectos alucinógenos, producir un estado de euforia patológica y propiciar la adición, por lo que su empleo en la clínica es muy restringido, además tiene un intenso efecto antiadrenérgico.

La Psilocibina.— Es el alcaloide del Psilocibes Mexicano descrito por Wasson y Wasson en 1957, aislado por Heim y Bobel en 1958 y

sintetizado por Hoffmann. El hongo sagrado de los aztecas, quienes lo utilizaban en sus prácticas mágico-religiosas y en determinadas festividades, ha sido materia de numerosos e interesantes estudios.

El Ditrán.— Es un producto de síntesis que produce un estado confusional deliroide con abundantes alucinaciones, euforia y distorsiones del pensamiento que duran desde la primera a la sexta hora de su ingesta, recomendándose 10 a 20 mg. por vía oral.

La Harmina.— Es el alcaloide extraído de una serie de plantas entre las que destacan las Daturáceas, conocidas en el Perú con el nombre de Ayahuasca, en Colombia como Yagué, en el Brasil como Capí, etc., tiene efectos semejantes a los anteriores y en la actualidad se realizan acuciosos programas de investigación en nuestro Departamento con el fin de fijar su farmacodinamia y propender a su aplicación clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. ATARACTICOS Y ALUCINOGENOS EN PSIQUIATRIA. O. M. S. Serv. Información técnica. 152, 1958. — 2. AOKI Y.: Recent advances in research on drug addiction. Medicine (Tokyo) 20: 82-5. Jan 63 — 3. ARNOLD O. H., HIFT S., HOFF H.: The role of psychotropic drugs in the total plan of therapy in psychiatry. Wien Med Wsche 110: 239-45, 19 Mar. 60. — 4. BOTTISTA, O. P.: Drogas mentales: El desafío de la química a la psicoterapia. Herrera Hnos. Sus. S.A. México 1962. — 5. BERCKMAN, Harry Ed.: The year book of drug terapy (1956-57 Year Book Series) Chicago 1957. — 6. BLACKMAN B.: Pharmacotherapy in mental ilness. Illinois Med J. 116: 194-7, Oct. 59. — 7. BOITTELLE G., BOITTELLE-LENTULO C., COPHIGNON J., BLOTNIKAS G., THOMAS J.: Indications for Re 5-2807 in states of excitement and ansiety. Ann Medicopsychol (Paris) 2: 8-6 Jun 63. — 8. BUCHEL L., LEVY J.: Contribution to the pharmacological study of triperidol (R. 2498). II. On the neuroleptic properties of triperidol. Terapie 17: 1063-84, Sep-Oct 62. — 9. BARTHOLOMEW A. A.: An assessment of the therapeutic efficacy of Trepidone. Med J Aust 50 (1): 150-1, 2 Feb 63. — 10. BAN T. A., FERGUSON K, LEHMANN H. E.: The effect of clopenthixol on chronic psychiatric patients. Amer J Psychiat 119: 984-5. Apr 63. — 11. BOVI A.: Clinical experience with a group of psychoneuro tics treated with dixyrazine. G Psichiat Neuropat 90: 861-72, 1962. — 12. BOBON J., GOFFIGUL F.: Pertofran, the thymoanaleptic agent of choice in psychasthenia. Encephale 51: 505-16, Nov. Dec. 62. — 13. BILLIG O., BORRIS B. L.: The use of imipramine in the treatment of depressions. J. Neuropsychiat 1: 77-81, Nov-Dec 59. — 14. BOCCI V., ING E. F.: The treatment of manic-depressive states with an iminoditherapy derivate (Tofranil)

Gazz Med Ital 118: 531-3 Dec 59. — 15. BENTE D., ENGELMEIER M. P., HEINRICH, HIPPIUS H., SCHMIT W.: Methodical viewpoints on the clinical evaluation of psychotropic medications Med Exp 2: 68-76, 1960. — 16. BLANCO VILLAVERDE J.: Agentes psicofarmacológicos y deontología Sem. Med. (B. Air.) 121: 1796-9, 12 Nov. 62. — 17. BREITNER C.: Drug evaluation in psychiatry. Amer J Psychiat 119: 481-2, Nov. 62. — 18. COMMITEE ON PUBLIC HEARTH OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE: Report on tranquilizing Drugs. Bull of the New York Acad. of Med. 33, 282-289, 1957. 19. CAZZULLO C. L., GOLDWURM G. E.: Interaction between monoamine oxidase inhibitors and psychotomimetic drugs. Rass. Stud. Psich. 51: 979-93, Nov-Dec. 62. — 20. CARLSON E. T., SIMPSON M. M.: Opium as a tranquilizer. Amer. Psychiat, 120: 112-7, Aug. 63. — 21. CONTE C.: Delusional psychoses and neuroleptics. Remarks on the therapeutic course. Encephale 52: 46-91, Jan-Feb. 63. — 22. CARES R. M., BUCKMAN C.: Comparative of the structure and side effects of newer psichotropic agents. Dis Nerv Syst 24 (4) Pt. 2; 92-105, Apr. 63. — 23. CONSTANT G. A., GRUVER E. A. Jr.: Preliminary evaluation of diazepam in psychiatric disorders, Psychosomatics. 4: 80-4, Mar-Apr. 63. — 24. COULLAUT MENDIGUTIA R.: Compendium of neuro psychopharmacology. III. Sedatives and hypnotics. Part 2. Thiobarbiturates. J. Neuropsychiat 4: 280-4, Apr. 63. — 25. COLE J. O.: Evaluation of drug treatment in psychiatry. J. New York. Drug 2: 264-75, Sep-Oct 62. 26. CHESRON E. J., KAPLITZ S. E., BREMS J. T., SABATANI R.: Acetophenazine (tindal) in the treatment of 80 chronically ill patients with ansiety and tension: double-blind study. J. Amer. Geriat. Soc. 11: 445-8, May. 63. 27. CAZZOLA D.: Centrophenoxine in some neuropsychic manifestations linked to the sexual life of woman. Minerva Med. 54: 1810-4, 16 Jun 63. — 28. DELAY J. y DENIKER, P.: Methods Chimio-Therapiques en Psychiatrie, Ed. Masson, Paris, 1961. — 29. DOBKIN, A.: Drugs which stimulate affective behavior. 2: Comparison of the analeptic effect of d'amphetamine, bemigride with amiphenazole, methyphenidylacetate, iproniacid (micoren) and RP 8228, Anaesthesia 15: 146-53, Apr. 60. — 30. DOBKIN, Ab.: Drugs which stimulate affective behaviour. 3. Comparison of the effect of picrotoxin, pentyplenetetrazol, bemigride, piradrol, extylures, vanillic acid diethylamide and deanol. Anaesthesia 15: 273-9 July 60. — 31. DE GREGORIO G.: Current views on the mechanism of action and therapeutic value of drugs with analeptic action. Clin. Ter. 23: 634-68, 15 Oct. 62. — 32. DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T.: Psylocybin. Psychological and therapeutic actions. Presse Med. 67: 1811-3, 24 Oct. 59. — 33. DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., ELISSALDE B., PRIGNE F.: A non-phenotiliazine and non-reserpine major neuroleptic, haloperidol in the treatment of psychoses. Ann. Medica-psychol. 118 (1): 145-52, Jan. 60. — 34. DUC M, MONNIER A., BERGONIER J.: Therapeutic study of the combination of meprobamate with current neuroleptics. Rev. Med. Franc. 41: 299-301 Apr. 60. — 35. DEMAY-LAULAN, FOURNIAL P., DEMAY J., ABRAHAM A., ROUDIERE J. J., SCHOCRON G., BRU J.: Particular effect of RP-7843 (majeptil) in hebephreniacs: exis-

tence of a hallucinatory and deliriant activity not exteriorized until then. Ann. Medicopsychol. 118 (2): 72-6, June 60. — 36. DAUCHY F.: Drugs for insomnia. Concours Med. 82: 379-2, 6--13 Aug. 60. — 37. DARLING H. F., HESS G. H., CAPISTRANO A. C., HOERMANN M. G.: Fluophenazine: comparative studies. Dis. Nerv. Syst. 21: 409-13, July 60. — 38. DAVISON K.: Evaluation of a new tranquillizer-benzquenamide (P2647) by a sequential method. Brit. J. Psychiat. 109: 539-43, Jul. 63. — 39. DIFRANCESCO A.: Diazepam, a new tranquilizer. Amer. J. Psychiat. 119: 989-90 Apr. 63. — 40. DAHLIN O.: A clinical test of butyrylpezarine (Rondoletil), a new tranquilizer. Nord. Psychiat. T 16: 496-9, 1962. — 41. DIPALMA J. R.: The basic pharmacologic principies underlying the use of sedatives and tranquilizers. Clin. Pediat. 2: 225-32, May 63. — 42. DE CASTRO J. DUPONT M.: Comparative phermacology of some neuropsychotropic agents. Clinical complications. Agressoligie 3 (Special): 79-83, 1962. — 43. DE RYCK A.: Clinical study of a new neuroleptic, R 2028 or halaonisone Acta Neurol. Belg. 62: 589-603, Jun 62. — 44. DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., BAILLY R. CATTAN E., BASQUIN R.: Triperidol and chemotherapy of psychoses. Press Med. 70: 2147-9 27, Oct 62. — 45. DITFURTH H. von: On the problem of the mechanism of action of psychotropic drugs, especially of Tofranil. Med. Exp. 2: 147-53. 1960. — 46. DENIKER P., GINESTET D.: The new chemotherapeutic treatments of depressive states. Collaborations of specialist and practitiones. Therapeutique (Par) 36: 645-7, July 60. — 47. DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., ELISSALDE B.: Haloperidol and chemotherapy of psychoses. Presse. Med. 68: 1353-5, 16 July 60. — 48. FISHER, E., POCH, G., y UCHA UDABE, R.: Psicofarmacología. López Lib. Edit. Bs. Aires, 1964. 49. FREED S. C.: Thioridazine a neuroleptic in general practice. Int. Rec. Med. 172: 644-8, Oct. 59. — 50. FOKSTUEN T.: Esucos a new neuroleptic. Svensk Lakartidn 60: 1982-91, 10 Jul. 63. — 51. FERLINI G.: Study of a new drug withxiolytic action: methydiazepinone (Noan) Minerva Med. 53: 2535-7, 1 Sep. 62. — 52. FELDMAN P. E.: An analysis of the efficacy of diazepam. J. Neuropsychiat. 3 (Suppl 1): S 62-7, Aug. 62. — 53. FORD H.: Comparative results of drug therapy and electroshock therapy Dis. Nerv. Syst. 23: 680-3, Nov. 62. — 54. FRIESEWINKEL H., SCHMITT W.: Neuroleptic, neuroplegic tranquilizer or ataractic? (Attempt at synopsis) Ther. Umach. 16: 422-33, Dec. 59. — 55 FROMMEL E., FLEURY C.: On the differential pharmacodynamics of tofranil and chlorpromazine, analgesia, tests with coramina, cardiazol, electroshock, benzendrine and their association with meprobamata. Second report. Med. Exp. 1: 264-8, 1959. — 56. GOODMAN, L. y GILMAN, A.: Bases farmacológicas de la Terapéutica, Un. Tipog. Edit. Hispano-Americana, T. I. México, 1945. — 57. GODDARD E. S.: Trifluorperazine in psychoneurotic ocupatients. Canad. Med. Ass. J. 81: 467-70, 15 Set. 59. 58. GONZALES VARELA J.: Trabajo experimental con Plegicil en pacientes del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Militar. Rev. Sanid. Milit. (México) 12: 21-5, July-Set. 59. — 59. GRUENWALD F., HANLON T. E., WACHSLER S., KURLAND A. A.: A comparative study of promazine and

triflupromazine in the treatment of alcoholism Dis. Nerv. Syat. 21: 32-8, Jan. 60. — 60. GALLANT D. M.: Clinical management of side effects and toxixity in psychopharmacologic therapy. Bull. Tulane Med. Fac. 22: 179-86, May. 63. — 61. GONZALES MURILLO G., ARIAS DELGADO G.: Evaluación del uso de drogas en los pacientes psiquiátricos agudos. Rev. Med. Costa Rica 29: 363-73 Set. 62. — 62. GREENFIELD A. R.: Control of alcoholic agitation and depression with perphenazine and amitriptyline combined, Med. Times 91: 769-72, Aug. 63. — 63. GERAUD J., GAYRAL L., MOUTON P., CANDEBAT L., ROUX G.: Notes on the use of trimepropimine (Surmontyl) for the treatment of depression and melancholia. Ann. Medicopsichol. (Paris) 120 (2): 258-62, Jul. 62. — 64. GELLER S. J.: Comparison of a tranquilizer and a psychiatric energisant used in treatment of children with behavioral disorders. JAMA 174: 481-4, 1 Oct. 60. — 65. GUERTIN W. T., REGNIER W. O., GOOD R. W., NICHOLSON G.: Response of chronic schizophrenic to a monoamine oxidase inhibitor. Dis. Nerv. Syst. 21: 330-2 June 60. — 66. HOFMANN A.: Psychotomimetic drugs: chemical and pharmacological aspects. Acta Physiol. Pharmacol. Neerl. 8: 240-58 June 59. — 67. HERBRING B, G., WIKLUND P. E.: Nuncital, meprobamate and placebo in a doubleblind premedication study Acta Anest. Scand. 4: 1-4, 1960. — 68. HINES L. R.: Methaminodiazepoxide (librium): psychotherapeutic drug. Curr. Ther. Res. 2: 227-36, June 60. — 69. HOUT J. M., KRETOF A. C.: Levomepromazine (Nosinan)- a new neuroleptic agent for treatment of senile patients. Canad. Med. Ass. J. 81: 546-8, - Oct. 59. — 70. HOLLISTER L. E., MACDONALD E. F.: Thioridazine (Mellaril) in psychiatric patients. California Med. 91: 274-7, Nov. 59. — 71. HIMWICH H. E., COSTA E., RINALDI E., RUDY L. H.: Triflupromazine and trifluorperazine in the treatment of disturbed mentally defective patients. Amer. J. Ment. Defic. 64: 711-2, Jan 60. — 72. HARRIS T. H.: Methaminodiazepoxide, JAMA 172: 1162-3, 12 Mar 60. — 73. HAUGAN S.: Experiences with clopenthixol (Sardinol). Nord. Psykiat. T. 16: 487-95, 1962. — 74. HASSE H. J.: Possibilities and limitations of psychopharmacotherapy with tranquilizers and neuroleptics. Deutsch Med. Wschr. 88: 505-14, 15 Mar 63. — 75. HUTCHINSON J. T., SMEDBERG D.: Treatment of depressions a comparative study of E. C. T. and six drugs, Brit. J. Psychiat 109: 536-8 Jul 63. — 76. HABLB A.: Phenelzine (Nardil) in the depressive syndrome, Clinical impression J. Med. Liban. 15: 260-4, Sep 62. 77. HOCH F. H.: Drugs and psychotherapy. Amer. J. Psychiat. 116: 395-4, Oct 59. — 78. HAVENS L. L.: Problems with the use of drugs in the psychotherapy patients. Psychiatry 26: 289-96, Aug. 63. — 79. ISBELL H.: Comparision of the reactions induced by psilocybin and LSD-25 in man. Psychopharmacolgía 1: 29-38, 1959. — 80. IMBERCIADORI E.: Early results of the use 2-p-chlorophenyl-3-methyl-2, 3-butanodiol (phenaglycodol) en neuropsychiatric therapy Minerva Med. 51: 757-60, 3 Mar 60. — 81. INGLIS J., JONES R. P., SLOANE R. B.: A psychiatric and psychological study of amitriptyline (Blavil) as an antidepressent. Canad. Med. Ass. J. 8: 797-802, 13 Par. 63. — 82. IMLAN N. W.: Preliminary on phenoxypropazine. Amer. J.

Psychiat 119: 1091-2 May 63. — 83. JESSEL H. J.: Experiences with prothipendyl in psychiatry. Deutch. Med. Wschr. 85: 192-6, 29 Jan 60. — 84. JANSSEN P. A.: Comparative pharmacology of haloperidol and triperidol. Ensephale 51: 582-601, Nov-Dec 62. — 85. JOSEPH S. R.: Conbined antidepressant-tranquilizer therapy in somatic and psychosomatic illnesses. Arizona Med. 1-: 239-41, Nov. 62. — 86. JACOBSEN E.: The classification of psychotropic drugs. J. Neuropsychiat 4: 241-6, Apr. 63. — 87. JENNER F. A.: Modern drugs used in psychiatry. Attempts to explain the mode of action of some drugs of value in psychiatry. Anglo German Med. Rev. 1: 437-47, Jun 62. — 88. JAEGGI F.: Psychotropic drugs: mode of action and indicatino. Praxis 51: 1134-9, 8 Nov 62. — 89. KRAUS P. S., MITTELMAN E.: The impact of phrenotropic drugs on hospital psychiatry. Med. Hyg. 43: 583-92, Oct. 59. — 90. KERRY R. J., JENNER F. A.: A double blind cross ever comparison of diazepam (Valium, Ro 5-2807) with chlordizepoxide (Librium) in the treatment of neurotic ansiety. Psychopharmacologia 3: 302, 5 Oct. 62. — 91. KUNKE F.: Experiences with Insidon in general pratice. Hippokrates 34: 36-7, 15 Jan 63. — 92. KENNEDY R. E., MILLER I. J.: Amitriptyline-perphenazine in the treatment of shizophrenia. Amer. J. Psychiat. 119: 1092-3, May 63. — 93. KARDINER W.: Use of psychopharmacological agents. Recent developments. Amer. Practit. 11: 278-81, Apr 60. — 94. LEHMANN, H. R.: Tranquilizantes y otras drogas psicotrópicas en la práctica clínica, Unidia. Bogotá VII (1): 59-70. Abril 60. — 95. LEBOVITS B. Z., VISOTSKY H. M., OSFELD A. M.: Lysergic acid diethylamide (LSD) and JB 318: a comparison of two hallucinogens. II. An exploratory study. AMA Arch. Gen. Psychiat. 3: 176-87 Aug 60. — 96. LAVERNE A. A.: Compendium of neuropsypharmacoly. Psychotomimetic drugs. J. Neuropsychiat. 4: 63-7, Sep-Oct 62. — 97. LIEN J. B., STRAAND A., TEIGEN A.: Clinical experiences with ataractic drugs: methods and results. Acta Psyc. Scand. 34 (Supp 136): 40-50, 1959. — 98. LEVY H. A., BODI T., SHARE I., NODINE J. H.: Preliminary studies of piperazinepentanol a new atractics agent. Curr. Ther. Res. 1: 34-8, Set 59. — 99. LAVECK G. D., DE LA CRUZ E., SIMUNDSON E.: Fluphenazine the treatments of mentally retarded children with behair disorders. Dis. Nerv. Syst. 21: 82-5, Feb. 60. — 100. LOOSE F. de: Experimentation with a new phenotiliazine derivate (Dixyrazine) Bruxelles Med. 43: 671-7, 9 Jun 63. — 101. LECOMTE M. G., ALCALAY R.: Attempt at a comparison between trifluorperazine and other neurolepic agents in the treatment of long-stading schizophrenia and chronic delusions. Ann. Medicopsychol. (Paris) 12 (1): 252-6. Feb 63. — 102. LAUTER H.: Psychiatric pharmacotherapy and its role in the plan of treatment of endogenous psychoses Munchen Med. Wschr. 104: 2236-46, 16 Nov. 62. — 103. LANOIR J., PLASE R.: Comparative neurophysiological study of 3 psychotropic drugs. J. Physiol. (Paris) 55: 281-2, 1963. — 104. LURIA E., RAVENNA C., MATEU-LOPEZ E.: Clinical experience with a new antidepressive agent (Fl-6120 of Surmontil) Rass. Stud. Psychiat. 52: 29-48, Jan-Feb. 63. — 105. LEDOUX G., SERRET J., VERBAERE J.: Amitryptyline a major antidepressive agent (To

--1575). Sem. Ther. 39: 10-2, Jan 63. — 106. LINN E. L.: Sources of uncertainly in studies of drugs affecting mood, mantation or activity Amer. J. Psychiat. 116: 97-108, Aug. 59. — 107. LAVERNE A. A.: Compendium of neuropsychopharmacology. Psychotomimetic drugs. J. Neuropsychiat. 4: 63-7, Sep-Oct. 62. — 108. LINKE H.: Possibillities and problems of psychopharmacotheraphy in old age Z. Aerztl. Fortbild. 56: 805-10, 1 Aug 62. — 109. MARTENS S., VALLBO S., ANDERSEN K., MELANDE B.: A comparison between taramin and some psychotomimetics. Acta Psychiat. Scand. 34 (Supp 136): 361-8, 1959. — 110. MEDUNA L. J., ABOOD L. G.: Studies of a new drug (Ditrán) in depresive states. J. Neuropsychiat. 1: 20-2, Sep-Oct. 59. — 111. MASTROBUONO M.: Contribution to the knowledge of a new neuroleptic: Melleril. Riv. Sper. Freniat. 84: 477-89, 30 June 60. — 112. McKERCHER A. E.: Tranquillizing drugs in psychiatry. Med. Serv. J. Canada 16: 631-40, July-Aug 60. — 113. McKOWN C. H., VERHULST H. L., CROTTY J. J.: Overdosage effects and danger from tranquillizong drugs. JAMA 185: 425-30, 10 Aug. 63. — 114. WAPP Y., NODINE J. H.: Psychopharmacology. Tranquillizers and antipsychotic drugs. Psychosomatics 3: 458-63. Nov-Dec 62. — 115. MARX H., KRUEGER H.: A new viewpoints in neuroleptic theraphy of acute and chronic psychoses. Report on clinical evaluation of a new thiaxanthene derivatives. Nervenarzt. 33: 469-72, Oct. 62. — 116. MERLIS S., TURNER W. J., KRUMHOLZ W.: A double-blind comparison of diazepam, chiordiazepoxide and chlorpromazine in psychotic patients. J. Neuropsychiat, 3 (Supp 1): S 133-8, Aug. 62. — 117. MARRINI F., MARZI F. M.: On a new psychotropic drug (Marplán) with antidepressive action. Rass. Studi. Psichiat. 49: 238-49, Mar-Ppr. 60. — 118. MARINO A., BIANCHI A.: A combined psychological and pharmacological method for the experimetal study of the pathogenesis of psychosomatic deseases and the evaluation of psychotropic and somatotropic drugs. Arch. Int. Pharmacodyn. 140: 143-50. 1 Nov 62. — 119. MASSERMAN J. H.: Drugs, brain and behavior. An experimental approach to experimental psychoses. J. Neuropsychiat. 3 (Suppl): S 104-13, Aug 62. — 120. NEUMAN M.: Psychotonics psycholeptics. Concours Med. 84: 4911-20, 22 Sep 62. — 121. NODINE J. H.: Psychopharmacology. III Stimulants and pressants. Psychosomatic 4: 73-9. Mar-Apr. 63. — 122. MAYER K.: Investigation methods for the evaluation of psychotropic subtances. Med. Exp. 2: 90-4, 1960. — 123. NAKAJIMA H., GAD I.: Pharmacological therapy of the various forms of Schizophrenia. Ther. Gegenw. 102: 655-72, Jun 63. — 124. NUSSNAUM K., McCUSKER K. KURLAND A. A.: Benzaquinamide in the treatment of the psychotic patient. Curr. Ther. Res. 4: 513-23, Oct. 62. — 125. NODINE J. H., SLAP J. W.: Newer psychotropic agents. Curr. Ther. Res. 5: 40-2, Jan. 63. — 126. OLTMAN J. E., FRIEDMAN S.: Evaluation of nortriptyline in the trentment of affective disorders (and comparison with other drugs), Amer. J. psychiat 119: 988-9, Apr. 63. — 127. PARADIS B., PLANTE G., AUBUT J., TARDIF A.: Levopromazine (Nosinan or RP 1044). Clinical, Pharmacological and biochemical study based on 1000 cases. Laval Med. 28: 433-47. Nov. 59. — 128. PURKIS I. E.: Mepazine (Pacatal), meperidina, and dihy-

drocodeine (Nadeine) in labcur. Canad Araesth Sec J 7: 136-48, Apr. 60. — 129. PROCTOR R. C.: The use and abuse of tranquillizing drugs. J. Tenn. Med. Ass. 53: 295-9, July 60 — 130. PASSANISI I., GREGORETTI L.: Points on the pharmacological treatment of mental disorders. Preliminary results on the most recent psychopharmacological agents. Rass. Studi. Psichiat. 49: 115-28, Jan-Feb. 60. — 131. PIETTE Y.: Mechanisme of action of the psychotropic drugs. Bruxelles Med. 43: 93-108, 27 Jan. 63. — 132. PUECH J., ROBIN C. RICHET L., PREVOSH.: Value and limitations of chemotherapy in psychiatric therapeutics. Sen. Ther. 38: 617-22. Jul. 62. — 133. ROSSELLI, Humberto: Consideraciones sobre las drogas psicótropas. Rev. Colombiana de Psiquiatría, Vol. 1, Nº 1, Pág. 11-21. Abril 1964. — 134. RAVN J.: Truxal a new type of psychopharcological agent. Wien. Klin. Wschr. 72: 129-6, 18 Mar. 60. — 135. RICKELS K., CLARK T. W., EWING J. H., KLINGESMITH W. C., MORRIS H. M., SMOCK C. D.: Evaluation of tranquillizing drugs in medical outpatients: meprobamate, prochlorperazine, amobarbital sodium, and placebo. JAMA 171: 1649-56, 21 Nov. 59. — 136. REES L.: Indications for the use of drugs and the treatment of psychiatric disorders. Postgrad. Med. 39: 48-52, Jan. 63. — 137. ROTHLIN E: On Fundamentals of psychopharmacology. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 15: 256-66, Sept. 59. — 138. RISER M., GAYRAL L., STERN H., TURNIN J., CARRIE J., BACHIOCHI M.: Treatment of melancholic states with new chemotherapy agents: levomepromazine, imipramine, iproniazid, reserpine, deprol. Toulouse Men. 60: 645-54 Oct. 59. — 139. SCHMITT, W.: Psychiatrische Pharmakotherapie. Edit. Huthig., Heidelber, 1965. — 140. SOUDER E. T.: Trifluoperazine in anxieth states. One year's clinical experience. Antibiot. Med. 6: 711-4, Dec. 59. — 141. SCARLATO G., BONARETTI T., A new tranquilizing agent: 2-isopropylcrotonylures (IPC). Clinical findings and therapeutic uses. Minerva Med. 50: 3458-60, 27 Oct. 59. — 142. SCHAEPPERLE O. OSTERMANN W.: Clinical experiences with taxilan in the treatment of psychiatric states. Medizinische Nº 52: 2579-82, 26 Dec. 59. — 143. SANDISON R. A.: The role cf psychotropic drugs in group therapy. Bull. WHO. 21: 505-15, 1959. — 144.,SANDISON R. A.: The role of psichotropic drugs in individual therapy Bull, WHO, 21: 495-503, 1959. — 145. SOURANDER C., KAARTINEN M.: Turther clinical experience with a new psycopharmacological agent, clopenthixol (Sardinol) Nord. Psykiat. T. 27: 83-100, 1963. — 146. SWIERCZEK M.: Results of the use of Halonizon (MD 2028) in psychiatry. Neurol. Neurochir. Psychiat. Pol. 12: 765-8, Sep-Oct. 62. — 147. SMITH J. A., FOSTER M. W., Jr, RUDY L. H.: Tranquilizers and energizers or neither? Postgrad Med. 33: 347-54, Apr 63. — 148. SCOCCHERA L. F.: A new phenotiazine derivate: dixyrazine. Clin. Ter. 23: 375-82, 31 Aug. 62. — 149. SCHULTZ J. D.: The treatment of psychiatric patients in a general hospital and the never psychopharmaceutical agents. J. Amer. Coll. Neuropsych. 1: 36-44, Jun. 62. — 150. SILMAN M.: Behavioral pharmacology. Psychopharmacologia 1: 1-19, 1959. — 151. SHERWOOD S. L.: Drugs and the mind. Med. World

(Lond) 91: 377-8, Oct. 59. — 152. SOULAIRAC A., HALPERN B., MOREL P., SCHAUB S.: Trial treatment of certain chronic hallucinatory psychotic syndromes by azacyclonol (Frenquel). Ann. Medicopsychol. 118 (1): 768-80, Apr. 60. — 153. SACERDOTTI G.: Observations on the relations between pharmacotherapy and psychiatric nosography. Ress. Study. Psichiat. 49: 99-105, Jan-Feb. 60. — 154. STOKVIS B.: Psychotherapy and psychopharmacology in psycho and somatoneurotics: curative success or pseudosucess? Acta Psychother. (Basel) 10: 246-64, 1962. — 155. SHOU M., LINGJAERDE O.: Classifications of the never psychopharmacal Nord. Med. 68: 1431-3, 1 Nov. 62. — 156. RISING J. F., WALASZEK E. J.: Tranquilizers? ataractics? sedatives? The so called tranquilizers are revieved and clasified. J. Kansas. Med. Soc. 61: 159-64, Mar. 60. — 157. TICKTIN H. E. SCHUTZ J. G.: Librium, a new quieting drug for hiperactive alcoholic and psychotic patients. (preliminary study). Dis. Nerv. Syst. 21 (3) Supp. 49-52. Mar. 60. — 158. TROYANO-RIOS R., SIMON J. L.: Trifluoperazine, a potent tranquilizer, Dis. Nerv. Syst. 21: 293-9. May. 60. — 159. TOELLE R.: Indications for paraxin (taxilan) and the psychopathology of its effect in endogenous psychoses. Nervenarat. 31: 277-9, 20 Jun. 60. — 160. TAKEYANA I., KIKUCHI H.: To-day's drugs: tranquilizers. Brit. Med. P. 5350: 163-4, 20 Jul. 63. — 161. TUTEUR W.: Tranquilizers and psychosomatic illness. Amer J. Psychiat. 119: 787-8, Feb. 63. — 162. TRALDI A., TINCANI G. P.: Clinical experience with a new psychotherapeutic agent: methydiazepinone. Clin. Ter. 24: 434-8, Mar. 63. — 163. UYTTERSCHAUT P., JACOBS R.: Clinical study of the neuropsychopharmacological activity of methylperidol. (R 1658) Acta Neurol, Belg. 62: 677-701, Jun. 62. — 164. VALDIVIESO R.: Drogas Tranquilizantes. Rev. Med. Chile 87: 456-60, Jun. 59. — 165. WOLF N.: Experiencies with a new phenotiazine derivate in psychiatry. Medizinische Nº 31-32: 1432-6, 1 Aug. 59. — 166. WHITTIER J. R., KLEIN D. F., LEVINE G., WEISS D.: Mepazine (Pacatal): Clinical Trial with Placebo control and psychological study. Psychopharmacologia 1: 280-7, June 60. — 167. WEAVER I. C., MITCHELL F. E. KERLEY T. L.: Toxicopathologic and pharmacologic properties of piperacetazine a potent tranquilizing agent. Toxic Appl Pharmacol, 5: 49-60, Jan. 63. — 168. WERENBERG H.: Sardinol treatment of schizophrenia. A comparative study Nord. Psykiat, T. 16: 392-5, 1962. — 169. WHEATLEY D.: Evaluation of psychotherapeutic drugs in general practice. Psychopharmacol. Serv. Cent. Bull. 2: 25-31, Nov. 62.

CONVULSIONES COMO SINTOMA DE INICIO DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA EN PACIENTES MAYORES DE CINCUENTA AÑOS

RODOLFO LANDA CANNON * Y JOSE ERNESTO JAUREGUI CH.**

Para la elaboración de la presente comunicación se ha seleccionado 62 casos entre 6,249 pacientes con crisis convulsivas, registrados en el Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (1954-1963).

Todos los pacientes son mayores de 50 años y han tenido convulsiones como síntoma inicial de la enfermedad neurológica. Para su selección se ha tomado en cuenta dos condiciones: 1º que ninguno de los casos haya tenido convulsiones antes de los 50 años y 2º que ninguno de los pacientes haya tenido síntomas neurológicos antes del inicio de las convulsiones. Este criterio, da la seguridad de que nuestros casos corresponden al objeto de nuestro estudio y es el que sigue WOODCOCK (24) en un estudio en relación al problema que trataremos.

La totalidad de los casos pertenecen a los estudiados en el Departamento de Neurocirugía del I. N. E. N. Unos exclusivamente como pacientes de consultorio externo y otros como pacientes internos.

Etiología:

Desde el punto de vista de la etiología de las convulsiones se han separado 4 grupos; uno que comprende a los enfermos portadores de tumores, otro en el que se supone un proceso vascular, un tercero en que la causa no fue determinada y finalmente un grupo que reúne a pacientes en los cuales las convulsiones se han producido por causas

---

* Profesor Asociado de Neurología de la Facultad de Medicina de San Fernando U. N. M. S. M.
** Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, LIMA.

muy diversas, de modo que cada una, por separado, no forma un grupo numeroso y por eso a este cuarto grupo lo llamamos de miscelánea o de causas diversas.

El primer grupo de los tumores comprende 12 casos; el segundo grupo 27 el tercero 12 y el cuarto 11 casos; los correspondientes porcentajes lo señalamos en el cuadro Nº 1.

CUADRO Nº 1

Factor Etiológico	Número de casos	Porcentaje
Tumores primarios	3	19.3%
Tumores metastásicos	9	
Afecciones vasculares	27	43.5%
Causa no determinada	12	19.3%
Miscelánea	11	17.7%
Nº de casos	62	100 %

El grupo de los tumores se ha dividido en los metastásicos y los genuinos, de los cuales hemos analizado 9 y 3 respectivamente. Este grupo, en algunos aspectos de la discusión ha sido aumentado a 15, contando con tres lesiones: un Hematoma sub-dural crónico, un quiste hidatídico y una gliosis cerebral que clínicamente se comportaron como lesiones expansivas.

De los tumores genuinos hemos estudiado uno de naturaleza glial y dos meningiomas. Los tumores metastásicos, uno ha sido de probable origen uterino, dos son de origen mamario y seis con metástasis de tumores broncogénicos.

La confirmación etiológica de estos casos la hemos obtenido, en el glioma, los meningiomas y un tumor metastásico pulmonar, por estudio anatómico post-operatorio; en los restantes de origen pulmonar el diagnóstico ha sido radiográfico, neumoencefalográfico y preferentemente angiográfico. En los casos de tumores metastásicos de la glándula mamaria también hemos recurrido a la radiología con el conocimiento de que las pacientes eran portadoras de neoplasia mamaria.

En un caso hemos supuesto el origen genital del tumor metastásico, la etiología puede discutirse, pero la presencia de lesión de masa, responsable de las convulsiones, permanece con valor. En el caso de quiste hidatídico, en el de hematoma subdural y en la gliosis los diagnósticos han sido comprobados por estudio anatómico post operatorio.

El criterio que hemos usado para catalogar a los pacientes como portadores de enfermedad vascular causante de las convulsiones, ha sido el haber hallado enfermedad vascular periférica en forma de arterioesclerosis, en prácticamente, todos los enfermos de este grupo. Hipertensión arterial y arterioesclerosis se ha presentado en 15 casos o sea en el 55.5% del grupo. Al lado de la esclerosis vascular, en algunos enfermos se ha hallado hipertrofia cardíaca, insuficiencia cardíaca, enfermedad aórtica; historia de enfermedad reumática. En un caso hemos considerado el origen vascular al lado de la hipertensión arterial, por haber asistido a una hemorragia intracerebral que clínicamente correspondió a una ruptura vascular intracraneana, probablemente una mal formación vascular que no pudimos comprobar por necropsia.

En este grupo 11 enfermos o sea 40.7% presentaron signos neurológicos, que tanto por su instalación como por su curso clínico, así como por los hallazgos de los exámenes radiográficos aseguran el origen vascular de la lesión.

Los antecedentes familiares positivos para convulsiones, la ausencia de enfermedad vascular, parasitaria, infecciosa, tumoral, tóxica, metabólica y los hallazgos electroencefalográficos, han permitido reunir al grupo de 12 pacientes en la categoría de convulsiones de causas no conocidas, idiopática a metabólica, LENNOX (12).

Once pacientes en los que hemos constatado convulsiones de diversa categoría los hemos agrupado con el nombre de misceláneas, ya que, como dijimos son escasos los casos iguales para formar un grupo aparte.

Se ha considerado aquí un paciente con quiste hidatídico, otro con hematoma subdural crónico y uno con características clínicas de lesión expansiva que histológicamente fue catalogada como una gliosis.

Estos tres pacientes por su comportamiento clínico y electroencefalográfico, ocasionalmente los consideramos en el grupo de los tumores.

La historia de cuatro pacientes ha mostrado que el alcoholismo crónico tenía aquí algo que hacer en la aparición de la crisis, en dos de

ellos las convulsiones se presentaron exclusivamente después de uno o dos días de haber dejado de beber copiosamente, en los otros dos el alcoholismo era crónico de muchos años y no había una relación tan estrecha entre la bebida y las convulsiones; uno de ellos además de alcohólico tenía reacciones serológicas positivas. Este mismo paciente fue gastrectomizado unos seis meses antes de la primera convulsión. En los dos primeros casos de acuerdo con VICTOR (21) podremos considerar que corresponden a las llamadas "Convulsiones alcohólicas" que se presentan en el período de abstinencia. En los otros dos casos puede ser discutible el diagnóstico de convulsiones alcohólicas, de esta naturaleza por no guardar relación con la abstinencia, que hemos señalado para los dos primeros casos.

En un caso, como factor etiológico se ha consignado la Cisticercosis cerebral, enfermedad que frecuentemente produce convulsiones (19).

En un paciente la insuficiencia renal ha sido responsabilizada de las convulsiones; se considera que en estos casos, los transtornos electrolíticos sobre el metabolismo del cerebro, que aún están mal definidos son los que juegan un papel muy importante en la génesis de los transtornos psiquiátricos y neuromusculares observados (1).

El mismo imbalance electrolítico hemos considerado como causa en un paciente que recibía tratamiento con uretano por un mieloma múltiple, el que le produjo copiosos vómitos que determinaron una alteración electrolítica que coincidió con las convulsiones.

Las convulsiones de uno de nuestros casos las hemos considerado producidas por la hiperostosia frontal interna, afección en las que de acuerdo con WILSON y BRUCE (22) se presentan con alguna frecuencia.

Edad y Sexo.— De los pacientes estudiados 36 han sido hombres y 26 mujeres.

En los pacientes, cuya etiología se ha considerado una afección vascular del cerebro, las mujeres han predominado sobre los hombres. En el grupo de convulsiones de causa no determinada predominan los hombres sobre mujeres en una proporción de 5: 1; lo mismo que en el que reúne a los pacientes cuyas convulsiones obedecen a causas variadas; entre los pacientes en los que la causa de las convulsiones se ha considerado, la existencia de un tumor, la proporción hombre mujer es de uno a uno.

Sin considerar la etiología, los hombres han sido más numerosos que las mujeres, en una proporción de 1.3: 1. Las edades de los pacientes han estado comprendidas entre los 50 y 76 años, edad cronológica al momento del primer examen, lo que no siempre ha correspondido a la edad de comienzo de la enfermedad convulsiva.

Considerando los casos por edades independientes, se ha hallado que entre los 58 y 65 años se han presentado el mayor número, pero

CUADRO Nº 4

EDAD Y SEXO

	50 - 55			56 - 60			61 - 65			66 - 70			71 - 75			TOTAL		
	H	M		H	M		H	M		H	M		H	M		H	M	
Tumores (12)	1	3	4	4	1	5	1	0	1	0	2	2	0	0	0	6	6	12
Afecciones (27) Vasculares	i	4	5	4	6	10	2	5	7	2	1	3	2	0	2	11	16	27
Causas no determinadas	4	0	4	2	1	3	3	1	4	0	0	0	1	0	1	10	2	12
Causas diversas (11)	1	0	1	5	1	6	2	1	3	0	0	0	1	0	1	9	2	11
Totales (62)	7	7	14	15	9	24	8	7	15	2	3	5	4	0	4	36	26	62

los 60 años, tanto en hombre como en mujeres son los que han tenido la más alta representación.

En las edades que anteceden los 58 años y suceden a los 65 el número de casos ha variado como se observa en la gráfica Nº 1 donde, además, se ve que antes de los 60 años los casos son más numerosos que despues de ésta edad.

Como hemos dicho, los datos consignados en el cuadro Nº 2 corresponden a la edad en que consultaron los enfermos, que con algunas excepciones corresponde a la edad de comienzo de la enfermedad.

En el grupo de los enfermos con afección vascular, dos pacientes, uno con 72 años inició la enfermedad a los 62; y otro de 56 años la inició a los 51.

En el grupo de convulsiones de etiología no determinada está el paciente de mayor edad, 76 años, que lo consideramos en el quinquenio de 71 a 75 años, conociendo que las convulsiones comenzaron a los 74 años, que al mismo tiempo representa la edad más tardía en que han comenzado las convulsiones; en este mismo grupo un paciente de 64 años al momento de la consulta tenía una historia de 10 años de enfermedad convulsiva. Dos pacientes de 64 años del grupo de las misceláneas comenzaron su enfermedad 7 y 10 años antes de haber hecho la primera consulta. Con estas excepciones, los datos del cuadro Nº 2 son valederos para los efectos de conocer la edad de inicio de la enfermedad.

TIEMPO DE ENFERMEDAD CONVULSIVA

Con esta denominación entendemos el tiempo que ha mediado entre el inicio de las convulsiones y la primera consulta.

En el primer grupo señalado, de convulsiones de causa tumoral, el tiempo de enfermedad convulsiva ha sido diferente en los tumores metastásicos que en los tumores genuinos del cerebro. En los metastásicos el tiempo promedio entre la aparición de las convulsiones y el momento de la consulta ha sido de 15 días, habiendo correspondido el menor a un día en un paciente con "status convulsivo" ocasionado por un carcinoma broncogénico metastásico y el de mayor duración de 30 días que se ha visto en dos enfermos portadores de la misma afección, los 3 pacientes que mencionamos tuvieron después de las convulsiones un cuadro de déficit motor unilateral con signos de hipertensión endocraneana.

El tiempo de enfermedad convulsiva, en el único paciente portador de un glioma fue de pocos días, los 2 pacientes portadores de meningiomas tuvieron convulsiones más de un año.

En los pacientes con afecciones vasculares, el tiempo de enfermedad convulsiva ha sido muy variable. Cuatro pacientes han tenido convulsiones de 8 a 20 días previos a la consulta con un promedio de 11 días. Diez pacientes remontan la duración de las convulsiones de uno a 8 meses, con un promedio de 4.6 meses. Trece pacientes han tenido una historia de más de un año de convulsiones; el que mayor

tiempo las ha presentado es un paciente de 72 años con 10 años de convulsiones. En estos 13 pacientes hemos hallado déficit neurológico en 6 y éste ha consistido en hemiplejia derecha en tres pacientes, dos de ellos afásicos; hemiparesia izquierda en uno y algunos trastornos de la sensibilidad cortical en otros; finalmente otro presentó monoplejia crural derecha. Siete pacientes fueron neurológicamente negativos.

De los 10 pacientes cuya enfermedad convulsiva ha durado de 1 a 8 meses, cinco han presentado compromiso neurológico al examen clínico, dos han sido afásicos con hemiplejia derecha, 2 han tenido síndrome amnésico con monoparesia braquial derecha y uno parálisis facial y monoplejia braquial derecha, sin afasia, es decir que los cinco han tenido evidencia clínica de compromiso del hemisferio cerebral izquierdo. Cinco fueron neurológicamente negativos.

De los 4 pacientes con historia convulsiva de 8 a 20 días; dos presentaron signos neurológicos al examen; uno después de varias convulsiones que iniciaron la enfermedad, ocho días antes, quedó con hemiplejia derecha y afasia. El otro paciente que a los 61 años presentó un sólo episodio de convulsiones 20 días antes, murió súbitamente después de haber presentado dolor de cabeza y convulsiones focalizadas al momento que se le practicaba el examen neurológico. Los otros dos pacientes fueron neurológicamente negativos.

Entre los 12 pacientes con convulsiones, cuya causa no se ha podido determinar, ocho concurrieron con historia de convulsiones que han durado más de un año. Un enfermo de 64 años con 10 años de enfermedad fue el que presentó el tiempo de enfermedad más prolongado. Todos éstos pacientes no presentaron signos neurológicos en el examen clínico. Cuatro pacientes tuvieron convulsiones menos de un año, dos refirieron su enfermedad a 30 días antes y otros dos relataron sus convulsiones con una duración de 4 y 10 meses respectivamente; el examen neurológico de éstos pacientes también fue negativo.

En el grupo en el que las causas de las convulsiones son diversas, hallamos que el tiempo de duración de la enfermedad convulsiva es variable. En 3 oportunidades han sido motivo de consulta inmediata; éstos casos han tenido como causa un hematoma subdural crónico, una insuficiencia renal terminal post-neoplasia de vejiga y finalmente, un paciente con mieloma múltiple, dos de éstos pacientes, el portador de mieloma y el que estuvo en insuficiencia renal tuvieron severo com-

promiso de la conciencia muriendo ambos en coma; el paciente con hematoma presentó un cuadro de hemiplejia derecha.

La enfermedad convulsiva ha durado más de 1 año en 6 pacientes de éste grupo que en total han tenido un promedio de 4.28 años de convulsiones; la etiología en estos casos se ha considerado en 2, el alcoholismo crónico; en 2, parasitosis del sistema nervioso, en otro se determinó como causa una gliosis probablemente post-traumática y finalmente otro caso, con historia de 10 años de convulsiones, tenía una forma de craneopatía metabólica. Tres de éstos pacientes no mostraron signos neurológicos al examen clínico; los otros tuvieron signos que guardaban relación con la localización de la causa en juego. Finalmente en dos pacientes no se pudo señalar la duración de la enfermedad.

FRECUENCIA DE LAS CONVULSIONES

La frecuencia con que se han presentado las crisis convulsivas, cualquiera que haya sido su tipo, ha variado en cada uno de los grupos etiológicos considerados.

En el grupo tumoral, los meningiomas, han presentado a lo largo de los 3 y 1 años que ha durado la enfermedad, varias crisis convulsivas sin que se haya podido precisar su frecuencia exacta. El tumor de estirpe gliomatosa solamente tuvo una crisis.

Los tumores metastásicos de origen pulmonar, han tenido, en general más de una convulsión antes de recibir cualquier clase de tratamiento; así mismo los tumores metastásicos de origen mamario presentaron, también más de una convulsión antes de ser sometidos a tratamiento; los exámenes neurológicos fueron positivos en el sentido de orientar la localización principal de la lesión tumoral.

En los pacientes con afecciones vasculares, la frecuencia exacta de las crisis, no importa cual haya sido el tipo clínico, ha sido difícil de determinar, lo que se ha hecho particularmente dificultoso en aquellos pacientes cuya enfermedad dura más de un año; en general estos pacientes han acudido después del último episodio convulsivo y se han mostrado incapaces de señalar un número, que aproximadamente nos revele la frecuencia de las crisis; la gran mayoría de ellos, no ha sido, tampoco, capaces de señalar la preferencia por las horas del día o de la noche en que las crisis han tenido lugar.

En un caso, cuya enfermedad vascular cerebral duraba 15 meses, sólo hubo una convulsión generalizada seguida de hemiplejia derecha;

en dos pacientes, que no presentaron signos neurológicos que eran hipertensos, que presentaban uno crisis generalizadas, y otro crisis focalizadas, la frecuencia fue de una crisis cada 30 días.

Los pacientes que tenían enfermedad vascular del cerebro con una duración inferior a un año, señalaron con mejor precisión la frecuencia de sus ataques; aquellos pacientes que mostraron enfermedad con una duración de 6 meses dijeron tener 3 convulsiones mensuales; éstos casos presentaron todos convulsiones generalizadas; los pacientes con crisis de carácter psicomotor señalaron una frecuencia mayor, uno dijo tener 10 crisis mensuales, su enfermedad duraba, al ingreso 6 meses; otro presentó crisis psicomotoras diarias; un paciente con crisis focales dijo haber tenido 4 crisis en un mes que fue el tiempo de duración de su enfermedad, finalmente un paciente que presentó convulsiones Jacksonianas y generalizadas no pudo indicar con precisión cual era la frecuencia de una u otra de las crisis y en globo señaló haber tenido de 1 a 4 convulsiones mensuales en los ocho meses previos a la entrevista.

De los pacientes cuya enfermedad vascular data de menos de 1 mes; dos de ellos tuvieron una sola convulsión antes de ingresar; uno de ellos murió después del segundo ataque convulsivo que fue precedido de intensa cefalea y que correspondió a la ruptura de una probable malformación vascular; el otro tuvo una crisis convulsiva generalizada y no mostró signos neurológicos deficitarios al examen neurológico. Los otros dos pacientes tuvieron varias crisis en los pocos días que antecedieron a la consulta, uno de ellos acusó crisis focalizadas y el examen mostró una afasia con hemiplejia derecha; el otro tuvo crisis focalizadas y generalizadas con un examen clínico negativo.

En los casos en que se ha considerado desconocida la etiología del proceso ha sido posible establecer la frecuencia de las convulsiones en 5 pacientes que tenían una duración de enfermedad convulsiva de 2 años y en uno que relató sus convulsiones desde 3 años antes. La frecuencia en este último fue de dos convulsiones anuales; en los cinco meses mencionados antes, se tuvieron dos extremos, un paciente que sólo convulsionó una vez en dos años y otro que dijo haber tenido 208 episodios convulsivos; las convulsiones en éste caso fueron de inicio Jacksoniano en el miembro superior izquierdo con posterior generalización; este paciente tenía como antecedentes que tanto la madre como una hija y un sobrino sufrían de convulsiones; el examen neurológico, el E. E. G. y los exámenes radiográficos contrastados fueron ne-

gativos. Otro de éstos pacientes tuvo solamente 4 convulsiones en un año y los otros dos dieron datos de haber tenido una y dos convulsiones mensuales respectivamente. En este grupo los pacientes que han tenido una enfermedad menor a un año han presentado un promedio de una convulsión por mes. Tres de éstos enfermos no han sido capaces de señalar una frecuencia más o menos aproximada lo que es justificable en aquel paciente de 64 años cuya enfermedad convulsiva duraba 10 años pero difícil de entender en los dos restantes cuya enfermedad databa de 1 y medio años y 3 años; en estos dos últimos casos las convulsiones fueron generalizadas.

La frecuencia de las convulsiones en el grupo de las enfermedades misceláncias, no ha seguido ningún patrón y en general todos los casos se han comportado de diversa manera, probablemente en relación, si es que alguna existe, con la enfermedad causante de las convulsiones.

En los 62 casos estudiados no hemos hallado que la frecuencia de las convulsiones pueda estar influenciada por la edad, con el tipo de convulsiones, con el examen neurológico ni con los hallazgos electroencefalográficos; este hallazgo puede obedecer a varios factores: a que los enfermos olvidan el número de convulsiones, a que las historias no han incidido con mayor énfasis en este aspecto o a que las convulsiones en su frecuencia no guardan relación con la causa.

TIPOS DE CONVULSIONES

Se han presentado diversas modalidades de convulsiones.

Algunos pacientes han tenido un tipo de crisis convulsivas que han sido catalogadas como crisis generalizadas, focales Jacksonianas y psicomotoras, de acuerdo con las características clínicas.

Otros pacientes han tenido más de un tipo de convulsiones habiendo resultado que las combinaciones más frecuentes fueron las convulsiones focales y generalizadas, Jacksonianas y generalizadas, psicomotoras, y generalizadas, finalmente focales y psicomotoras.

Algunos pacientes han tenido estatus epiléptico como señalamos en el cuadro Nº 3.

Crisis Generalizadas:

En seis pacientes portadores de tumores, las crisis convulsivas han sido generalizadas.

La totalidad de los casos han referido las convulsiones como caracteres tónico clónico generalizado; en ninguno se halló aura o prodromos; en uno, la inconciencia se prolongó varias horas después de la convulsión; en dos la convulsión se produjo con previa pérdida del conocimiento. En tres la instalación de los signos neurológicos siguió inmediatamente al episodio convulsivo. Ninguno de estos casos refiere automatismos.

Doce enfermos con afecciones vasculares, han presentado crisis convulsivas generalizadas.

En tres, las crisis fueron seguidas de la instalación inmediata de un cuadro nurológico periférico, hemiplejia que fue objetiva al examen clínico.

Nueve enfermos tuvieron crisis convulsivas generalizadas de frecuencia variable, pero ninguno presentó signos neurológicos de compromiso cerebral al momento del examen.

De estos nueve enfermos dos tuvieron como manifestación previa a las convulsiones, parestesias de corta duración que por otro lado no se presentaban en todas las crisis. En un paciente la crisis convulsiva fue precedida de dolor de cabeza. Solamente uno de los enfermos presentó automatismo de una duración de varias horas.

En uno solo de los doce casos hubo incontinencia de esfínteres. En nueve de los pacientes con convulsiones cuya causa no fue determinada, las crisis fueron generalizadas. Ninguno presentó trastorno esfinteriano; en uno hubo sensación persistente de mareo antes de la crisis y uno solo presentó automatismo post ictal. En todos estos casos el examen neurológico fue negativo.

Seis de los once pacientes catalogados en el grupo de los misceláneos tuvieron crisis convulsivas generalizadas: tres eran pacientes alcohólicos crónicos; en dos las crisis se presentaban en los períodos de abstinencia después de copiosas libaciones, en el tercero no existe estrecha relación entre este estado y las convulsiones. Otro paciente de este grupo era portador de una cisticercosis cerebral; otro era portador de una forma de craneopatía metabólica, finalmente el sexto tuvo crisis convulsivas generalizadas subintrantes y estaba en insuficiencia renal.

Los casos con convulsiones generalizadas representan el 53.2% de los casos estudiados.

CUADRO Nº 3

TIPOS DE CONVULSIONES

Tipo de Convulsiones	Nº de casos	%	Tumores	Afecciones Vasculares	Causas no Determinadas	Misce-láneas
Generalizadas	33	53.2	6	12	9	6
Focales	13	20.9	3	6	1	3
Jacksonianas	1	1.6	—	1	—	—
Psicomotoras	2	3.2	—	2	—	—
Focales y Generalizadas ..	7	11.2	3	2	1	1
Jacksonianas Generalizadas	3	4.8	—	1	1	1
Psicomotoras Generalizadas	2	3.1	—	2	—	—
Focales y Psicomotoras ...	1	1.6	—	1	—	—
Status Epiléptico	5	7.8	—	1	—	3

Se han presentado en el 50% de los pacientes con tumores, en el 44.4% de los enfermos cuyas convulsiones son de origen vascular, en el 75% de los pacientes en donde la causa no es conocida y en el 54.5% del grupo de diversas causas.

De los 33 pacientes con crisis convulsivas generalizadas 11 o sea el 33.4% han tenido al lado de las convulsiones, signos neurológicos indicativos de lesión cerebral hemisférica. Pero esta proporción es muy diferente en los cuatro grupos considerados; en el grupo de los tumores, la totalidad de los pacientes presentó signos neurológicos, en el grupo de causas no determinadas, ningún paciente tuvo signos neurológicos. Solamente en tres de los pacientes con afecciones vasculares se hallaron signos neurológicos al lado de las convulsiones; finalmente entre los portadores de diversas enfermedades causantes de convulsiones generalizadas han habido dos pacientes con signos de compromiso del sistema nervioso. (Cuadro Nº 4).

En estos 33 pacientes se han efectuado 24 EEG es decir que solamente el 73% de los enfermos se ha beneficiado con este estudio. De estos encefalogramas solamente fueron normales tres, es decir el 12.3% del total de EEG dos de estos correspondieron a los enfermos cuya causa de convulsiones no fue determinada; el caso restante correspondió a un paciente alcohólico.

Veinte electroencefalogramas, es decir el 83.3% de los practicados fueron anormales, en diferente grado y forma.

La totalidad de los enfermos con tumores tuvieron electroencefalogramas anormales en correspondencia a trastornos neurológicos periféricos.

De los doce enfermos con afección vascular y convulsiones solamente seis fueron estudiados electroencefalográficamente; los seis mostraron trazados anormales, tres tenían examen neurológico negativo y EEG anormal, los tres restantes presentaban signos neurológicos periféricos y EEG anormal.

Como hemos señalado anteriormente, en los pacientes con convul-
examen neurológico negativo dos EEG fueron normales y siete anor-
siones generalizadas cuya causa no se ha determinado, todos tuvieron
males.

En el grupo miscelánico solamente han tenido estudio electroencefalográfico tres pacientes, uno fue normal, en un paciente alcohólico y otro de un paciente alcohólico que no tenía signos neurológicos peri-

CUADRO Nº 2

TIPO DE CONVULSIONES Y EXAMEN NEUROLOGICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

TIPOS DE CONVULSIONES		TUMORES			AFECCIONES VASCULARES			CAUSA NO DETERMINADA			MISCELANEA	
		+	-		+	-		+	-		+	-
Generalizadas	6	6	-	12	3	9	9	-	9	6	2	4
Focales	3	3	-	6	4	2	1	-	1	3	3	-
Jacksonianas	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Psicomotoras	- -	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-
Focales y generalizad	3	3	-	2	-	2	1	-	1	1	-	1
Jackson. y generaliz.	-	-	-	1	1	-	1	-	1	1	1	-
Psicomot. y generaliz.	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-
Focales y Psicomotoras	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
62 = 100 %	12	100%	0	27	40.7%	59.3 %	12	0	100%	11	54.5	45.5

féricos mostró un trazado compatible con una disritmia cerebral difusa moderada; el tercero en un paciente con insuficiencia renal, correspondió a una severa disritmia.

Crisis Focales:

En el grupo de los pacientes portadores de tumores cerebrales, tres casos han presentado convulsiones focales en forma exclusiva. Uno ha correspondido a un tumor broncogénico metastásico, otro a un meningioma y un tercero ha sido un probable tumor metastásico, de origen genital. En los tres, el trastorno convulsivo ha sido seguido de la instalación de signos neurológicos periféricos que han permitido junto con el estudio de la crisis, suponer una localización cerebral.

Los E. E. G. de estos tres pacientes fueron anormales; en el primer caso hubo una mínima anormalidad difusa con un registro de ondas de 6 c.p.r y 35-40 u.V. en la región témporo parietal izquierda.

Los registros electroencefalográficos obtenidos en el segundo caso, meningioma intracerebral, son de interés, pues, al inicio de la enfermedad, cuando las convulsiones solamente comprometían la cara, el E. E. G. fue normal, pero tres años más tarde, cuando las convulsiones comprometían el hemicuerpo izquierdo, el registro mostró una lesión focal de actividad lenta en el sector medio posterior del hemisferio cerebral derecho. El E. E. G. en el tercer caso mostró la existencia de un foco de ondas de lenta actividad a nivel fronto parieto temporal izquierdo.

En los tres casos hubo signos radiográficos de lesión expansiva. Es de advertir que en el segundo caso, meningioma intracerebral, el estudio angiográfico fue rechazado por el paciente cuando las crisis estuvieron circunscritas a la cara.

Seis pacientes con afecciones vasculares, han comenzado la enfermedad con convulsiones focales y siempre han sido de este tipo.

Entre los pacientes con convulsiones de causa no determinada, sólo uno tuvo convulsiones focales de frecuencia variable; las crisis consistían en contracción tónico clónica de los músculos de la cara y cuello del lado derecho, el examen neurológico fue negativo y el EEG dio signos de una disritmia paroxística; los exámenes radiográficos fueron normales.

En el grupo de las convulsiones de causas diversas, tres pacientes, han presentado convulsiones focalizadas; se trataba de un quiste hida-

tídico, un hematoma subdural crónico y un paciente con lesión expansiva que correspondía a una gliosis.

Tomando el número total de pacientes, asistimos al hecho de que 13 pacientes, es decir el 20.9% han presenado crisis convulsiva que hemos catalogado de focales. Estos se han presentado en el 25% de los pacientes portadores de tumores, en el 27% del grupo de los misceláneos, en el 22.2% de los pacientes con afecciones vasculares y sólo en el 8.3% de enfermos con convulsiones de causa no determinada.

Si reunimos los 3 pacientes con afección tumoral y los 3 que en el grupo miscelánico tienen convulsiones focales, tendremos que el 46.9% de los pacientes de esta serie, con convulsiones focales, han presentado una lesión de masa intracraneana; el mismo porcentaje corresponde a pacientes que tienen afecciones vasculares quedando en este grupo un 7.6% a los de etiología no conocida.

De los 13 pacientes con convulsiones focales, 10 o sea el 76.9% han tenido al examen neurológico signos de compromiso cerebral hemisférico. Dos del grupo con enfermedades vasculares, han sido neurológicamente negativos, así como también el paciente del grupo con convulsiones de causa no determinada.

La totalidad de los pacientes ha tenido, en este grupo, estudio eleçtroencefalográfico; con excepción de dos casos, los trazados han sido de carácter patológico. En las lesiones expansivas que comprende a los tumores y a los 3 pacientes del grupo miscelánico, han señalado alteraciones focales. En el paciente del grupo de las causas no conocidas, el E. E. G. ha sido de una disritmia paroxística; en los cuatro pacientes del grupo de los enfermos con afección vascular que presentaron E.E. G. anormales, la anormalidad ha consistido en una disritmia cerebral difusa, generalmente moderada con signos de asimetría predominando la alteración en uno u otro hemisferio, de acuerdo con el cuadro clínico; dos pacientes de este grupo tuvieron E.E.G. normales; uno de ellos tuvo la primera convulsión tres años antes, la presenta con una frecuencia variable, el estudio neurológico es negativo y lo es también la investigación neuroradiológica y del l. c. r., el otro caso tiene convulsiones desde hace 1 mes y presenta una anomalía de circulación de la cerebral anterior derecha, descubierta en la angiografía.

Los estudios radiográficos contrastados han sido positivos en todos los casos de lesiones expansivas, incluyendo los tumores; ha sido negativo en el paciente con convulsiones de causa no conocida; ha sido

también negativo en dos pacientes con afecciones vasculares; dos pacientes de este grupo rehusaron los exámenes y en los dos restantes el examen neuroradiológico fué considerado positivo, uno por presentar la anomalía de circulación que hemos dicho y otro presentó un deshusado adelgazamiento de los vasos arteriales cerebrales.

Solamente un paciente ha presentado convulsiones con curso Jacksoniano, fué un enfermo de 72 años, con enfermedad convulsiva de 10 años de duración que presentaba crisis con una frecuencia de una cada 30-60 días, en el último año presentó una hemiparesia izquierda que fué comprobada al examen neurológico. El E.E.G. mostró un registro de frecuentes descargas de "Spikes" de elevado voltaje sobre la derivación precentral derecha con propagación al lado opuesto. El estudio radiográfico de cráneo mostró la glándula pineal bien calcificada y en posición normal; los estudios contrastados no fueron aceptados por el enfermo.

Si como lo preconizan algunos autores (12) y juzgamos con criterio práctico, consideramos las crisis Jacksonianas como focales o parciales, el número de pacientes con crisis convulsivas focales se eleva a 14; el 50% se han dado en pacientes con afecciones vasculares, el 42.8% ha correspondido a las lesiones expansivas y el 7.1% a las convulsiones de causa no determinada.

Crisis que sugieren un desorden primariamente psíquico hemos constatado, en dos pacientes portadores de enfermedad vascular arterioesclerótica, un varón de 72 años que desde los 69 venía sufriendo con una frecuencia variable, que ha llegado a ser tan seguida como de 2 veces por semana, de crisis de movimientos automáticos miméticos, con contenido de cólera, seguida de llanto inmotivado. El examen neurológico reveló una hiperreflexia generalizada, un sindrome amnésico; el examen radiológico simple del cráneo mostró una gándula pineal bien calcificada y en posición normal. El E.E.G. señaló la presencia de descargas de "Spikes" de elevado voltaje en las derivaciones temporales izquierdas.

El otro paciente de 70 años, desde 7 meses antes venía sufriendo de crisis de llanto inmotivado e ideas compulsivas de destrucción, el E.E.G. mostró un trazado con ondas espigadas en ambos lóbulos temporales; los estudios radiográficos contrastados aereos mostraron atrofia cerebral difusa con una formación quística en el lóbulo temporal izquierdo y la radiografía simple señaló la existencia de calcificaciones múltiples en el territorio del sifón carotídeo.

Señalaremos que los pacientes con crisis de contenido psíquico frisan en los 70 años y son los de mayor edad que con afección vascular hemos estudiado.

MAS DE UN TIPO DE CONVULSIONES EN UN MISMO PACIENTE:

De los 62 pacientes estudiados, el 79% ha presentado una sola modalidad de ataque convulsivo que ha sido clasificado como crisis generalizadas, focales, Jacksonianas o Psicomotoras; trece pacientes que representan el 21% ha presentado más de una forma de convulsión, ya sea en forma simultánea durante un ataque o en forma independiente durante la enfermedad.

La combinación mas frecuente ha resultado la de convulsiones focales y generalizadas que se han visto en 8 casos.

Esta combinación se ha presentado en pacientes de los cuatro grupos etiológicos. Ha sido mas frecuente en los pacientes con tumores donde el 25% de los enfermos tuvo esta modalidad de convulsiones. En los pacientes con afecciones vasculares se ha presentado sólo en el 7.4% de los casos. En los otros dos grupos con un caso en cada uno, tienen una representación porcentual mucho mas baja.

Entre los pacientes con tumores, los hemos visto en una mujer de 60 años portadora de un glioma témporo parietal derecho que inició la enfermedad con convulsiones del hemicuerpo izquierdo que mas tarde dieron paso a crisis generalizadas subintrantes al término de las que la paciente quedó hemipléjica. El E.E.G. mostró disminución del voltaje sobre las derivaciones derechas con descargas intermitentes de ondas lentas sobre las mismas. El estudio ventriculográfico y estudio histológico confirmaron la naturaleza gliomatosa de la lesión. Los otros dos casos corresponden a tumores metastásicos de origen pulmonar; en ambos casos hubo signos neurológicos que indicaron la localización de la lesión; en los dos los electroencefalogramas fueron patológicos.

Entre los pacientes con afecciones vasculares, dos pacientes, una mujer de 53 años, normotensa, con signos periféricos de arterioesclerosis, tuvo crisis convulsivas que se iniciaban con movimientos tónico clónicos del miembro superior derecho que luego se generalizan quedando con una prolongada pérdida de la conciencia a la que sigue un estado de automatismo de duración variable; el examen neurológico fué negativo y un hombre hipertenso, de 60 años de edad, desde un año antes presenta crisis que al inicio son convulsiones tónico clónicas del

hemicuerpo izquierdo que a continuación se generalizan, son de presentación nocturna con una frecuencia de una al mes; el examen neurorológico fué igualmente negativo. En ambos casos no se practicaron estudios contrastados y no contamos con trazados electroencefalográficos.

Entre los pacientes con convulsiones de causa no determinada, uno de 52 años que inició su enfermedad 10 meses antes, ha relatado tres tipos de crisis, una que consistían en adormecimiento del miembro inferior izquierdo que era de corta duración; otras crisis que se iniciaban con este adormecimiento y que eran seguidas de convulsiones tónico-clónicas de los miembros izquierdos, sin pérdida del conocimiento y unas terceras en las que, a los movimientos convulsivos focales de los miembros izquierdos, seguían convulsiones generalizadas. Al momento del examen, el estudio neurológico fué negativo; el EEG mostró una disritmia difusa y los estudios radiográficos fueron negativos.

Finalmente en el grupo de las convulsiones de causa diversa, un paciente de 63 años, alcohólico crónico, acusa crisis de adormecimiento de ambos miembros inferiores que son luego seguidos de sacudidas tónico clónicas de todo el cuerpo, algunas veces ha presentado crisis generalizadas, pero algunas también toda la crisis ha consistido en las parestesias. Este paciente presentaba reacciones serológicas para lúes, positivas en sangre y líquido céfalo raquídeo, el EEG fué normal.

La combinación de crisis Jacksonianas y convulsiones generalizadas, la han presentado tres pacientes. Uno de 70 años con signos de esclerosis vascular avanzada que desde los 62 años presenta crisis que comprometen el miembro superior derecho, comenzando con movimientos convulsivos tónico-clónicos de la mano, antebrazo, y brazo de ese lado, con una frecuencia de 1 a 4 mensuales, hasta hace dos años, desde entonces, en forma independiente, presenta estas crisis y otras que se caracterizan por movimientos tónico clónicos generalizados y pérdida del conocimiento; siempre estas últimas han sido continuación de una crisis Jacksoniana. El examen neurológico mostró deterioro mental, un severo sindrome amnésico y hemiparesia derecha con signo de Babinski. El EEG fué normal incluyendo los trazados tomados bajo activación con metrazol. La angiografía no descubrió lesión expansiva pero mostró arterias muy adelgazadas.

Otro fué un paciente del grupo de convulsiones de causa no determnada, hombre de 52 años, cuya madre, una hija, un sobrino, sufren de convulsiones; que es alcohólico, concurrió porque desde los 50 años

presenta crisis convulsivas que se inician en el dedo pulgar izquierdo, que luego comprometen la mano, el antebrazo y que finalmente convulsiona todo el miembro superior izquierdo, dando paso, en la mayor parte de las veces a una pérdida del conocimiento y convulsiones generalizadas, quedando luego, el miembro superior izquierdo torpe por algunas horas, la frecuencia de estas crisis ha sido variable. El EEG fue normal lo mismo que el estudio angiográfico. Finalmente una paciente de 59 años que sufría de un mieloma múltiple, que recibía tratamiento con uretano, presentó intolerancia a la medicación, habiendo presentado vómitos y oliguria; este hecho ocasionó un desbalance electrolítico; la enferma comienza a presentar crisis convulsivas de los miembros derechos, que inicialmente tuvieron una marcha Jacksoniana en el miembro superior derecho, pero poco después se hicieron focales en el hemicuerpo del mismo lado, entrando en coma, estando en él, fallece tres días después. El EEG fué normal, difuso, compatible con un severo compromiso cortical.

Crisis con contenido psíquico y crisis convulsivas generalizadas en forma combinada, solamente hemos estudiado dos pacientes portadores de afección vascular. Uno, hombre de 58 años, 18 meses antes de su ingreso, en tres oportunidades presentó crisis de agitación psicomotriz que daba paso a un estado angustioso, Ocho meses antes presentó crisis convulsivas generalizadas, subintrantes por 12 horas, al cabo de las cuales queda obnubilado por 24 horas, repitiendo una serie de crisis del mismo tipo que duran unas horas, al término de las que queda afásico y con hemiparesia derecha. Pocos días después, el examen neurológico mostró evidente deterioro mental, amnesia, gatismo al lado de una disfasia y hemiparesia derecha con signo de Babinski. Al poco tiempo, el paciente falleció por infarto del miocardio, en otro hospital.

El otro caso corresponde a una mujer de 65 años, con signos de arterioesclerosis de la aorta, e insuficiencia cardiaca que desde hace varios meses presenta frecuentes mareos, movimientos automáticos miméticos, estados de obnubilación y que poco antes de consultar presentó una crisis convulsiva generalizada. El estudio clínico neurológico fué normal; el EEG fué anormal, difuso, con descargas de ondas de alto voltaje en el lóbulo temporal derecho, a predominio del sector anterior. El examen neurológico fué negativo; dadas las condiciones cardiovasculares de insuficiencia no se practicaron estudios contrastados.

Crisis focales y psicomotoras hemos hallado en un paciente del grupo de las lesiones vasculares, se trataba de un hombre de 60 años de edad que desde 8 años antes presenta con frecuencia variable, convulsiones focalizadas en el miembro superior izquierdo, y en forma ocasional ha tenido automatismos verbales con contenido de gritos incomprensibles e inmotivados que fueron ocasión para la consulta. Tanto los familiares como el mismo paciente rehusaron todo tipo de examen.

Crisis subintrantes que han sido catalogadas por su severidad y frecuencia como estados epilépticos se han dado en 5 oportunidades en estos pacientes mayores de 50 años.

En su caso de tumor cerebral metastásico de orígen pulmonar, las crisis subintrantes fueron focales en los miembros derechos, duraron varias horas, se controlaron con barbitúricos, el paciente permaneció en coma hasta la muerte.

Un caso cuya etiología hemos considerado vascular, ha presentado crisis convulsivas subintrantes en dos oportunidades, una con una duración de 12 horas y otro episodio que duró unas pocas horas menos que fué la que motivó la consulta.

Un paciente alcohólico en dos oportunidades presentó crisis subintrantes que duran varias horas, eran convulsiones generalizadas y tuvo que ser enérgicamente tratado, después de los dos episodios el examen neurológico y el EEG fueron considerados normales.

En dos pacientes, uno con insuficiencia renal y otro con graves alteraciones electrolíticas, asistimos a convulsiones generalizadas en uno y focales y generalizadas en otro, que se repitieron pese a las medidas adoptadas, por varias horas, ambos pacientes del 4º grupo considerado, murieron en estado comatoso.

HALLAZGOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS

En los casos de tumores cerebrales a los que agregamos los tres del grupo de causas diversas (quiste hidatídico —hematoma subdural crónico, gliosis cerebral), el E.E.G. ha sido anormal.

En el caso de glioma localizado en la región fronto-parietal derecha, el voltaje tuvo disminuido encontrándose ondas de lenta actividad en forma intermitente en esta región, lo que concuerda con los hallazgos de otros autores (6) (1). El estudio E.E.G. de unos de los meningiomas intracerebrales (4) (11) que hallamos en la región parieto-temporal derecha, abarca un lapso de dos años; al inicio cuando el pa-

ciente concurrió por crisis focales el E.E.G. fué normal; por oposición de los familiares no fué posible concluir el estudio con medios contrastados, pero dos años mas tarde cuando las crisis convulsivas se hicieron generalizadas y hubo signos neurológicos periféricos, el E.E.G. mostró ondas de lenta actividad en los sectores y posterior del hemisferio derecho en coincidencia con la localización del tumor.

El tercer caso de meningioma de la convexidad (11) que presentó crisis focales mostraba en el E.E.G. una lesión local de ondas lentas en la zona correspondiente al tumor. Como se vé el hallazgo más saltante en estos tumores ha sido el de la presencia de ondas lentas en las proximidades del tumor, lo que está de acuerdo con otras descripciones (10), (6), (1).

Los hallazgos en el segundo caso son importantes de remarcar, ya que como lo señalaron DALY y THOMAS (5) en 1958, la normalidad de un E.E.G. no excluye la posibilidad del hallazgo de un tumor. La localización sub-cortical y la naturaleza del tumor de crecimiento lento, hizo que en este caso, el primer E.E.G. fuera normal, circunstancia en la que se coloca HEES (8) que ha señalado que los tumores subcorticales pueden dar E.E.G. normales hasta el 26%.

Entre los tumores metastásicos, seis han tenido orígen pulmonar; en todos ellos los E.E.G. han sido patológicos y el hallazgo más saltante ha sido una disritmia difusa, moderada con predominio de la alteración en la zona, que posteriormente, por los estudios radiográficos contrastados o por la operación, se supo correspondía a la lesión; las ondas de lenta actividad no han sido en estos casos los datos mas llamativos del registro electroencefalográfico. Es necesario señalar que el examen eléctrico fue efectuado en todos los casos, después de 22 días, como promedio de haberse iniciado la enfermedad neurológica y cuando los signos neurológicos periféricos estuvieron presentes. En un solo caso, el E.E.G. resultó anormal, difuso, discretamente lateralizado al lado derecho, sin otros signos neurológicos; en este caso 20 días mas tarde, cuando el paciente había presentado crisis convulsivas generalizadas y era portador de una hemiparesia, las alteraciones electroencefalográficas continuaron siendo difusas pero con predominio y aumento de la alteración en la zona que correspondía al tumor, región paramediana y posterior del lóbulo frontal.

Como señala COOB (2), las metástasis producen sólo moderados cambios electroencefalográficos comparables a los que producen los astrocitomas o los meningiomas, tumores de crecimiento lento.

GASTAUT (7) señala la utilidad del E.E.G. en la detección de una metástasis no sospechada de cáncer pulmonar.

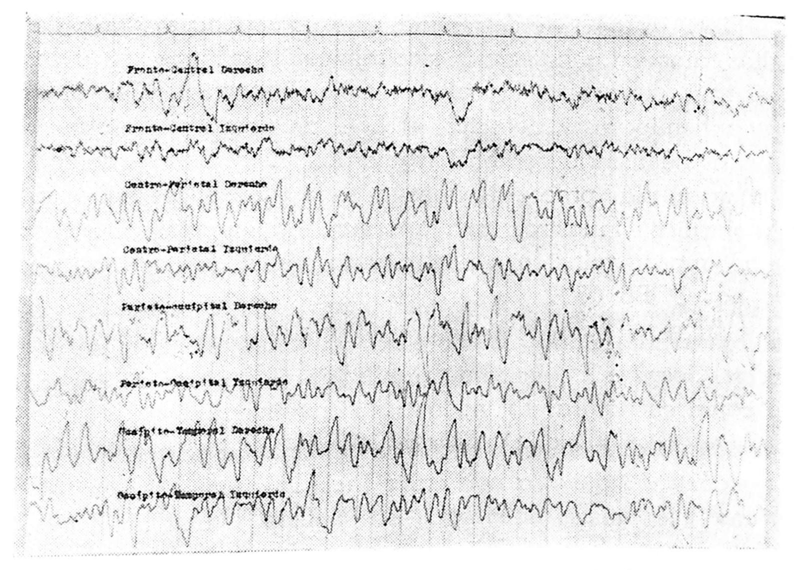
En los dos casos de tumores metastásicos de la mama, los E.E.G. fueron igualmente anormales; la anormalidad correspondía a un trazado anormal difuso, generalizado con ondas delta monofásicas bi temporales en un caso y con ondas lentas y espigas interpoladas en el trazado en el otro, ambas pacientes no presentaron signos neurológicos periféricos, que indicasen localización preferente de la lesión; la hipertensión endocraneana manifiesta por el edema papilar y las convulsiones generalizadas, en los dos casos, fueron los signos clínicos neurológicos más saltantes.

En el caso de tumor metastásico probablemente de orígen genital, hallamos una lesión focal de ondas lentas a nivel fronto-parieto-temporal izquierdo, que concordó con el hallazgo angiográfico y los signos neurológicos periféricos; es de notarse que en este caso tanto el estudio clínico como el electroencefalogrático fueron practicados seis meses después de iniciado el cuadro convulsivo y que los signos neurológicos fueron instalándose en forma muy progresiva, lo que lo diferencia de los otros casos en que como hemos visto, la instalación del cuadro fué más rápido.

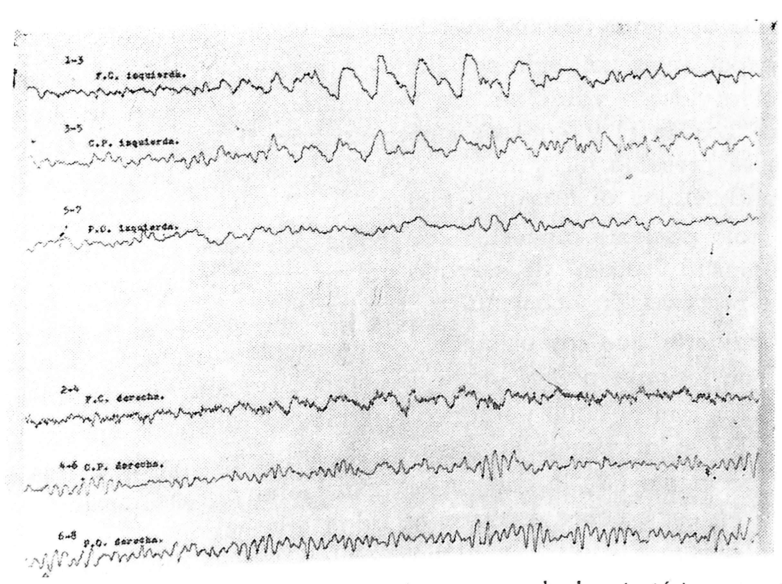
El hallazgo electroencefalográfico en el caso de hematoma subdural crónico fue el de una asimetría entre las derivaciones frontal anterior y posterior de ambos lados por registro de ondas de lenta actividad sobre las derivaciones izquierdas, a predominio anterior; este hallazgo concuerda con otros sobre el mismo problema (9) y en enfermos de otras edades con clara historia de traumatismos que más adelante evoluciona un hematoma subdural crónico.

El EEG del caso que presentamos de quiste hidatídico, mostró signos focales en el hemisferio izquierdo a predominio en el lóbulo temporal. Igualmente el caso de la gliosis que comentamos presentó un foco de ondas de lenta actividad en el sector temporal derecho, es decir en las proximidades de la lesión hallada, por la exploración quirúrgica.

En los enfermos cuyas convulsiones hemos catalogados como debidas a enfermedades vasculares del encéfalo, hemos praticado estudios electroencefalográficos solamente en 16, es decir en el 59.2% de estos, nos parece necesario formar dos grupos, el primero de 9 pacientes, cuyo examen neurológico mostró signos de compromiso del sistema nervioso manifiestos por disturbios motores; trastornos sensitivos corticales, etc. y siete pacientes en los que el examen neurológico fue normal.



Aspecto encefalográfico de un tumor cerebral.



Aspecto electroencefalográfico de tumor cerebral metastásico.

En el 1er. grupo la enfermedad neurológica ha variado de ocho días a diez años y los hallazgos electroencefalográficos son diversos.

En el caso cuya historia data de ocho días antes y en el que hallamos una hemiparesia derecha, el EEG mostró una disminución del voltaje en el hemisferio cerebral izquierdo. Este caso podemos considerarlo como el más precoz de nuestra serie y en él los hallazgos electroencefalográficos muestran una anormalidad sorpresivamente pequeña, que no guarda relación con el cuadro clínico, aspecto que ha sido discutido por COBB (3).

Tres casos han tenido estudio electroencefalográfico a los diez, seis y dos años, después de haberse producido el accidente cerebrovascular, que como es natural se inició con convulsiones.

El estudiado diez años después del inicio, era portador de una hemiplejia espástica izquierda con crisis Jacksonianas, tenía un electroencefalograma que mostró descargas de "spikes" en el hemisferio derecho que se propagaban al lado opuesto; el estudiado seis años más tarde, con crisis focales y alteraciones de la sensibilidad cortical mostró una disritmia cerebral difusa con redución del voltaje de las derivaciones medias y anteriores del hemisferio izquierdo.

El tercer caso con monoparesia del miembro inferior derecho, mostró un EEG de ondas de bajo voltaje en la región para-central izquierda.

Tres pacientes han sido estudiados a los 15, a los 7 y 6 meses después del accidente vascular; los tres fueron portadores de trastornos motores. Los de 15 y 7 meses tenían un trazado anormal difuso, el de seis meses presentó un trazado normal difuso con algunas ondas lentas contralaterales al trastorno motor.

Un solo paciente amnésico con crisis psicomotoras tenía un trazado que mostró "spikes" de elevado voltaje en el lóbulo temporal derecho con propagación ocasional al izquierdo.

Se advierte que los estudios electroencefalográficos de estos pacientes con lesiones neurológicas de larga duración, no guardan estrecha relación con el daño periférico hallado; se reconoce que la tendencia del EEG es a la mejoría, después de los primeros diez días de pasado el accidente (3) lo que sirve para diferenciar de los tumores; sin embargo en estos casos crónicos es admisible suponer lesión orgánica cicatrizal que mantenga la tendencia a dar trazados de focalización en estos casos.

El segundo grupo con afecciones vasculares, lo forman siete pacientes que no mostraron signos neurológicos periféricos y cuyos estudios electroencefalográficos fueron practicados, en dos, seis meses después del inicio de la enfermedad, en tres, un año más tarde y en uno, cinco años después, todos ellos presentaron trazados anormales con una disritmia cerebral difusa, mínima.

En los doce pacientes en los cuales la etiología de las convulsiones no ha sido determinada, se han practicado estudios electroencefalográficos en 10 enfermos, es decir en el 83.3% de los casos. De estos, tres han sido registrados normales y siete han presentado trazados anormales que han consistido en una actividad sincrónica bilateral paroxística.

El tiempo de enfermedad de todos los pacientes ha variado de cuatro meses a diez años.

Como sabemos, ninguno ha tenido examen neurológico que muestre alteraciones orgánicas del sistema nervioso.

En el grupo de pacientes con convulsiones de causas diversas, hemos practicado estudios electroencefalográficos en 9 pacientes, es decir, en 81.81%. De estos tres casos, hemos asimilado a los tumores con los cuales los hemos discutido; en tres casos en que el alcoholismo fue la causa etiológica, más probable, el trazado fue normal, en dos casos, y anormal difuso en uno.

En los dos casos en que hemos supuesto como causa del proceso convulsivo a un disbalance hidroelectrolítico, el hallazgo electroencefalográfico fue el de una disritmia cerebral difusa, moderada; estos cambios electroencefalográficos pueden atribuirse a las alteraciones tóxicas y metabólicas que influencian la actividad eléctrica como sucede en las encefalopatías (17).

El caso que presentamos de craneopatía metabólica tuvo también un EEG con signos de disritmia moderada.

Sin considerar la etiología del proceso se han estudiado 47 casos electroencefalográficamente, lo que representa que han tenido EEG el 75.8% de nuestros pacientes; de estos solamente 5, o sea el 10.5%, han tenido trazados normales y 42 o sea el 89.5% han mostrado alguna anormalidad electroencefalográfica que hemos analizado anteriormente.

Los cinco casos normales corresponden a dos pacientes alcohólicos y a tres con crisis convulsivas en los cuales se ha considerado desconocer la causa catalogándolos como crisis idiopáticas, es necesario

CUADRO Nº 5

8.— HALLAZGOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS

Etiología	Nº Casos	%	Trazados Normales	%	Trazados Anormales	%
Lesiones expansivas	15	100	—	—	15	100
Afecciones vasculares	16	59.2	—	—	—	—
Ex. Neurolg. (+)	9	56.2	—	—	9	100
Ex. Neurolg. (—)	7	43.8	—	—	7	—
Causas no determinadas ..	10	83.3	3	30	7	70
Causas diversas	6	54.5	2	33	4	66
TOTALES:	47	75.8	5	10.5	42	89.5

señalar que dos de estos casos, ambos con dos años de enfermedad convulsiva, tienen antecedentes familiares de parientes alcohólicos y tres con crisis convulsivas en los cuales se ha considerado desconocer la causa catalogándolas como crisis idiopáticas, es necesario señalar que dos de estos casos ambos con dos años de enfermedad convulsiva tienen antecedentes de parientes cercanos, madre, hermano y sobrino con crisis convulsivas generalizadas.

ESTUDIOS CONTRASTADOS

En la valoración clínica de los casos que veniamos estudiando, se han efectuado estudios radiográficos de cráneo y contrastados con aire y estudios angiográficos.

En el grupo de los enfermos con lesiones expansivas que comprenden a los 12 pacientes con tumores y tres tomados del grupo de las causas diversas (quiste hidatídico, hematoma subdural y gliosis post traumáticas) se han efectuado estudios radiográficos simples de cráneo en todos ellos; solamente en uno de los pacientes con meningioma se encontró una zona de osteolisis de tres centímetros de diámetro localizada en la región correspondiente al tumor, en los restantes casos, la radiografía simple de cráneo no contribuyó para confirmar los diagnósticos etiológicos o de localización. En este mismo grupo se han efectuado estudios contrastados en 10 enfermos. En dos, el único estudio fue una ventriculografía, en ocho se utilizó la angiografía cerebral y en dos de estos últimos, además se empleó la neumoencefalografía. Los exámenes mencionados fueron suficientes para establecer el diagnóstico de localización; la angiografía demostró en estos casos el valor que se le asigna para el diagnóstico de lesiones expansivas endocraneanas (14) (16).

Por el estudio de las derivaciones de los vasos cerebrales; en un solo caso de meningioma observamos la impregnación tumoral, dato que se considera de interés primordial en el estudio de la naturaleza tumoral (2).

De los 27 casos estudiados con afecciones vasculares, solamente en 14 (51.8%) se han efectuado exámenes radiográficos contrastados. En siete el único examen ha sido la angiografía; de estos, cinco fueron estudiados considerados negativos; en los cinco, las crisis fueron focales en su inicio y el examen neurológico negativo.

En los dos casos restantes, el angiograma se consideró positivo, en un caso mostraba arterias sumamente adelgazadas que se han descrito en la arterioesclerosis cerebral, el paciente presentó convulsiones focales y el examen neurológico demostró una hemiparesia derecha con afasia, en el otro caso un paciente con crisis focales y parálisis facial central con monoparesia derecha, el angiograma tanto de las carótidas como de la arteria vertebral mostraba, ausencia de la arteria cerebral anterior izquierda.

En dos casos, el único estudio contrastado ha sido la neumoencefalografía fraccionada (13) en ambos casos las crisis fueron generalizadas, en los dos casos se demostró la existencia de signos neumoencefalográficos de atrofia cerebral.

En cinco casos se han empleado tanto la angiografía como la neumoencefalografía. En tres de estos casos ambos estudios han sido considerados negativos; en dos casos el examen neurológico era negativo, en uno las convulsiones eran focales y en otro generalizadas; en el tercer caso las convulsiones fueron generalizadas y el examen neurológico mostró una monoparesia del miembro inferior izquierdo.

En los dos casos restantes, la angiografía fue negativa y el estudio neumoencefalográfico mostró una atrofia cerebral, un paciente tenía crisis psicomotoras y el otro crisis generalizadas.

Es necesario señalar que en el estudio radiográfico simple de cráneo, practicado en estos pacientes con afecciones vasculares, en uno hemos hallado múltiples calcificaciones en el trayecto del sifón carotídeo que se interpretaron como debidas a la esclerosis vascular.

En ocho casos (66.6%) de los enfermos cuyas crisis convulsivas no obedecen a causas evidentes conocidas, se han practicado estudios angiográficos; todos ellos han sido negativos; dos casos, además, han tenido estudio neumoencefalográficos que igualmente fue negativo. Como se ha dicho todos estos pacientes tenían un examen neurológico negativo. De los once casos que consideramos en el grupo de las misceláneas, tres con estudios radiográficos contrastados, los incluimos en el grupo tumoral, de los ocho restantes, el que fue diagnosticado de cisticercosis cerebral presentó un neumoencefalograma con moderada dilatación ventricular, el que se considera portador de una craneopatía metabólica tiene una angiografía negativa; los otros seis casos solamente han tenido por la condición clínica, estudio radiográfico simple de cráneo.

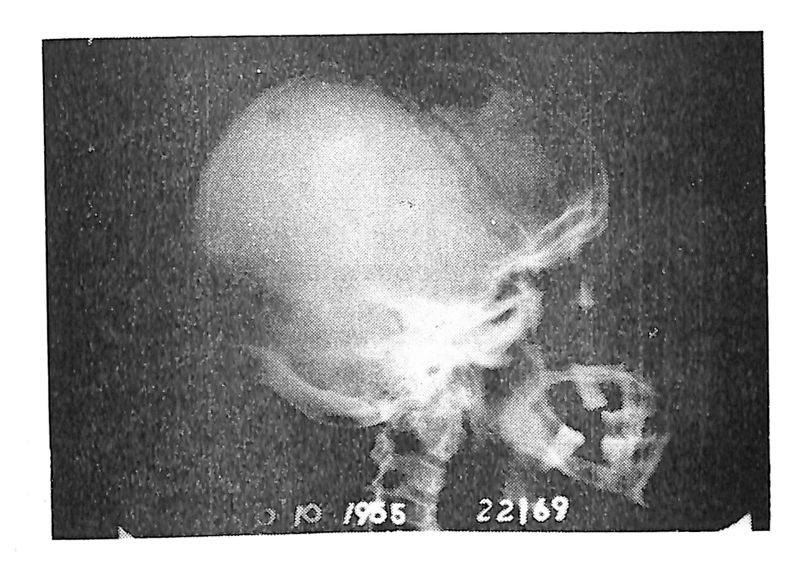
Como se aprecia en el cuadro Nº 6 de los 62 casos estudiados, solamente se han practicado estudios contrastados en el 62.9%.

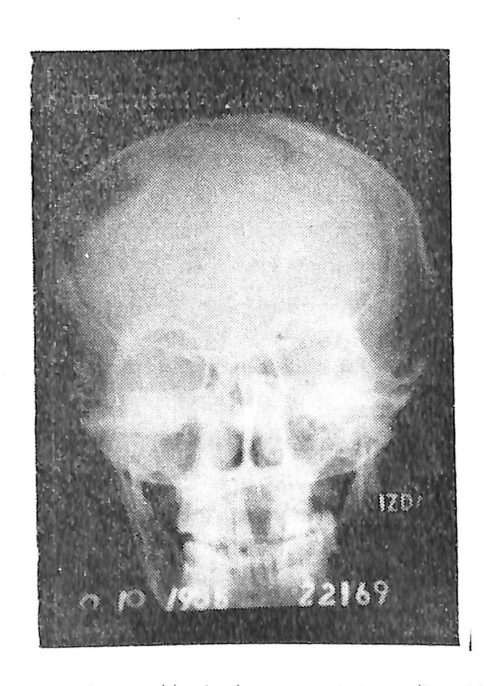
CUADRO Nº 6

ESTUDIOS CONTRASTADOS

Etiología	Nº Casos	Casos Estudiados	Porcentaje
Tumores	12	7	58.3%
Vasculares	27	14	51.8%
Causas no determinadas ..	12	8	66.6%
Misceláneos	11	5	45.5%
TOTALES:	62	39	62.9%

Este porcentaje relativamente bajo en la exploración de pacientes con trastronos convulsivos de inicio tardío no es uniforme en todas las causas etiológicas propuestas; ha sido del 58.3% en el grupo de los tumores, en cinco de estos casos de tumores metastásicos, dos de la glándula mamaria y tres provenientes del pulmón, las condiciones clínicas no permitieron un estudio de esta naturaleza. Trece pacientes del grupo de las afecciones cerebro vasculares rehusaron los estudios contrastados. Cuatro de los enfermos cuyas convulsiones se consideraron de causa no determinada no volvieron a la consulta; los EEG nos permitieron la presunción etiológica en esos casos. En 6 pacientes en los que la etiología fue diversa no se practicaron exámenes contrastados por las condiciones clínicas al momento de la consulta y por haber rehusado el examen propuesto.





Figs. 1 y 2.— Meningioma, aspecto radiográfico.

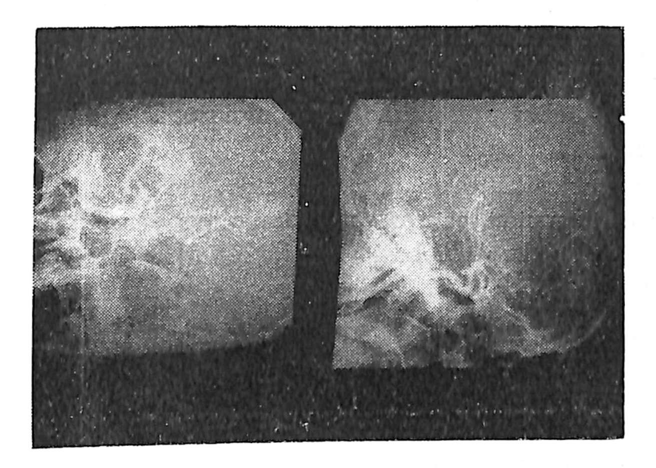


Fig. 3.— Quiste hidatídico: Estudio arteriográfico.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO

En el grupo de las lesiones expansivas, el tratamiento ha sido diverso.

Un glioma sobrevivió cuarenta días sin manifestaciones convulsivas a la intervención quirúrgica, tendiente a la cura del tumor.

Uno de los meningiomas que durante dos años, no controló adecuadamente sus convulsiones que tuvo que ser operado de emergencia por haber entrado en estado de coma, después de un estatus convulsivo, no recuperó el conocimiento y falleció seis días después de la intervención.

El otro meningioma fue perdido de vista.

En los tumores metastásicos de origen pulmonar que son seis de nuestros casos, el comportamiento ha sido más o menos uniforme; en cinco de ellos el tratamiento consistió en suministrar medicación a base de hidantoina y tratar con Roentgenterapia todo el cráneo; la sobrevida fue en estos cinco casos de 5-6 meses y durante este tiempo no se produjeron otras convulsiones. En el caso restante no hubo oportunidad para tratar el tumor secundario, el paciente falleció después de unos pocos días, luego de una serie de convulsiones que obligaron a

tratarlo con barbitúricos de acción rápida, administrado pcr goteo continuo endovenosamente.

Los dos casos de tumores metastásicos de la mama, fallecieron poco después de haber presentado las convulsiones, por causas propias de la enfermedad neoplásica.

El tumor metastásico de origen uterino, no presentó convulsiones durante su observación, estuvo con hidantoinas y fue perdido de vista.

El quiste hidatídico cerebral y el caso de hematoma subdural crónico, fueron operados, permanecieron tres años con hidantoinas y seis y siete años respectivamente después, no habían tenido otras manifestaciones convulsivas.

El caso de gliosis que hemos estudiado fue visto siete años después de la intervención quirúrgica; durante este tiempo ha presentado crisis convulsivas focales en forma esporádica, pero no ha recibido medicación anticonvulsivante adecuada.

De los 27 casos con afecciones vasculares, en 16 no hemos ejercido control sobre las convulsiones debido a que por la naturaleza etiológica, los enfermos fueron transferidos a otros hospitales, de manera que en estos 16 casos, solamente hemos efectuado el diagnóstico. Dos casos fallecieron, uno por infarto cerebral y otro por hemorragia subaracnoidea. Nueve casos han sido controlados, de 12 años a 6 meses, el tratamiento ha sido tendiente a controlar la afección vascular que presentaban y a mantener una medicación anticonvulsivamente, que en general ha mejorado la condición clínica.

En los doce casos con convulsiones de etiología no determinada, nuestro control ha sido escaso, después del diagnóstico y haber iniciado el tratamiento anticonvulsivante, los pacientes tuvieron que ser referidos a otros centros por la naturaleza no neoplásica de la enfermedad.

En ocho de los once casos del grupo de las misceláneas, solamente hemos efectuado los diagnósticos y el control de las convulsiones en las etapas agudas, los casos de alcoholismo fueron remitidos a un hospital general; la craneopatía metabólica se trata en un hospital para mujeres; los casos en que se supuso un disbalance electrolítico fallecieron a raiz de este.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las crisis convulsivas resultan un síntoma raro como inicio de enfermedad neurológica en pacientes mayores de 50 años; este hecho ha llamado la atención de investigadores como WHITE (23) quien ha estudiado 107 pacientes que han tenido el inicio de las convulsiones después de los 50 años, señalando que la etiología en esos casos, en su mayoría ha correspondido a las afecciones cerebro-vasculares. Otros autores como REYNOR y col (18) se han ocupado de las convulsiones que aparecen en pacientes mayores de 20 años; 14 de los 141 pacientes estudiados por estos autores, eran mayores de 50 años y 4 de ellos eran portadores de tumores, número que es escaso para obtener conclusiones definitivas en lo que se refiere a la etiología del proceso. En la serie de 125 casos estudiados por BERLIN (2) que iniciaron procesos convulsivos por encima de los 35 años, solamente 22 eran mayores de 50 años.

El estudio neuroradiológico es de importancia sustancial en estos casos de inicio tardío de las convulsiones como lo señalan MARTIN y Mc DOWELL (15), quienes hacen énfasis en la necesidad de efectuarlos siempre que las convulsiones tengan carácter de focalizadas aunque al momento del examen no hayan signos neurológicos que indiquen daño cerebral.

WOODCOCK y col (24) concluyen que en pacientes con convulsiones focales, signos neurológicos focalizados o electroencefalograma de este tipo, los estudios contrastados con aire y otros neuroradiológicos son recomendables en la ayuda de diagnóstico de tumores cerebrales, etiología que, en los 93 casos de los autores mencionados, representa el tercio de las causas de convulsiones a ésta edad. Señalan estos mismos autores, que los estudios contrastados no son de utilidad o pueden ayudar muy poco cuando se practican antes de que aparezcan signos focales detectables por el examen.

Nuestra investigación ha sido incompleta por cuanto no hemos podido contar con los importantes datos de la evolución de cada caso y tentativamente formulamos las siguientes conclusiones.

1.— Los pacientes mayores de 50 años que han iniciado su enfermedad neurológica con algún tipo de convulsiones, representan menos del 1% de los pacientes con convulsiones que hemos estudiado.

2.— El paciente de mayor edad, es un varón de 76 años; por encima de 50 años la edad más frecuente de convulsiones ha resultado los 60, época donde no hay predominio de uno sobre otro sexo.

En general, los hombres han predominado sobre las mujeres en la proporción de 1.3: 1.

3.— La frecuencia de las convulsiones ha variado en cada uno de los grupos etiológicos considerados, no parece estar influenciada ni por la edad ni por el tipo clínico de las convulsiones.

4.— El factor etiológico considerado ha sido diverso. 43.5% de las convulsiones se han hallado en pacientes que tenían compromiso vascular. El 24.1% de nuestros pacientes presentaron convulsiones debido a lesiones expansivas intracraneanas, habiendo predominado en este grupo los tumores metastásicos. En el 19.3% de los enfermos no se han encontrado causa clínica aparente de las convulsiones. En el 12.9% de los pacientes se han encontrado como causa, diversas enfermedades; alteraciones metabólicas, alcoholismo, parasitosis craneopatía metabólica.

5.— Cualquiera que haya sido el factor etiológico, el tipo clínico más frecuente de convulsiones ha sido las generalizadas que las han presentado el 53.2% de los pacientes; le han seguido las convulsiones focales que han tenido el 20.9% de los enfermos.

6.— El 20.9% de los pacientes ha presentado más de un tipo de convulsiones. La combinación más frecuente en un solo paciente, ha sido la de crisis focales y generalizadas; combinación presente en el 11.2% de los casos.

7.— Las crisis psicomotoras solamente las hemos observado en dos pacientes con afección vascular. Estas mismas convulsiones combinadas a otro tipo de convulsiones la hemos observado en tres pacientes del mismo grupo etiológico.

Las crisis Jacksonianas en el sentido estricto han sido las menos frecuentes.

8.— El 75.8% de enfermos han sido estudiados electroencefalográficamente. El 10.5% de estos, han tenido trazados considerados normales; el resto, 89.5% han tenido trazados anormales. La totalidad de los procesos expansivos han mostrado alteraciones electroencefalográficas. Todos los enfermos con alteraciones vasculares, han presentado alguna alteración electroencefalográfica. El 30% de los enfermos con

convulsiones de etiología no determinada han presentado trazado electroencefalográfico normales.

9.— Los hallazgos electroencefalográficos anormales, generalmente difusos en los tumores supuestos metastásicos son de suma importancia y estos hallazgos deberán considerarse.

10.— Los estudios contrastados, angiografía o neumoencefalografía, han sido útiles en los casos empleados habiendo resultado positivos en aquellos casos en que se hallaron signos neurológicos de daño cerebral focal.

BIBLIOGRAFIA

1. BATES, J. A. V. y otros "Electroencephalography" The Macmillan Company New York, 1963. — 2. BERLIN, L. Jou. Am. Med. Ass. 794, 1953. — 3. COOB W. A.: The E. E. G. of lesions in General "Electroencephalography" The Macmillan Company New York, 1963. — 4. CUSHING and EISENHARDT.: "Meningiomas" Charles C. Thomas 1938. — 5. DALY, D. D. and THOMAS J. E., E. E. G. Clin. Neurophysiol. 10: 395, 1938. — 6. FISCHER M., WILLIAMS S. L., LAST y otros, Brain 85 Part. 1-1-46, 1962. — 7. CASTAUT, cit. por Coob. — 8. HEES, Cit. COOB (1938). — 9. JASPER H., Arch. Neurol y Psycht 44: 328, 1940. — 10. LANDA C., R. "Gliomas intracraneanos". Fac. Med. San Fernando, Lima. Tesis de doctorado, 1963. — 11. LANDA C., R. Meningiomas. An. Fac. Med. Lima 47: 3-4-354, 1964. — 12. LENNOX, W. G. "Epilepsy and Related Disorders" Little, Brown and Company Boston Toronto, 1960. — 13. LOCK, W. "Recientes progresos en la exploración radiológica del encéfalo". Tesis de bachillerato. Un. Nac. May. S. M. Fac. Medicina, 1960. — 14. LIST, C. F., HODES, F. J., Radiology 48: 5: 493, 1947. — 15. MARTIN, H. L. and MCDOWELL, Arch. Neurol. Psych. 71: 101, 1954. — 16. MONIZ, EGAS, Rev. Neurol. 2: 72, 1927. — 17. RADERMECKER, J. Acta, Neurol. Pschiat. 49: 222, 1949. — 18. RAYNOR, R. B. PAINE, R. S. and CARMICHAEL, E. A. Neurology 99: 111, 1959. — 19. TRELLES, O. J. "La cisticercosis cerebral". Emp. Periodística La Prensa. Lima - Perú, 1941. — 20. TONNIS and W. WALTER, "Das Glioblastoma Multiforme". Acta Neurochirurgica. Sup. VI, Wien/Springer-Verlag. 1959. — 21. VICTOR Naurice, Alcoholism. "Clinical Neurology". A. B. Baber M. D., A. Hoeber - Haper Book, 1962. — 22. WILSON Y BRUCE, Ct. Bates, J. A. V. "Electroencephalography", 1963. — 23. WHITE, P. T., BAILEY A. A., Neurology 3: 674, 1953. — 24. WOODCOCK, M. R. C. P. and COSGROVE, J. B. R., Neurology 14. 1. 34, 1964.

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE DEL ENCIERRO EN PACIENTES PSICOTICOS

OSCAR VALDIVIA PONCE *

INTRODUCCION

La reclusión o encierro fue una de las primeras formas de tratamiento psiquiátrico usado para reprimir la conducta del enfermo mental. Antes, durante y después de la Edad Media, cuando era necesario "controlar" los pacientes psicóticos en estado de agitación, eran recluídos, al igual que delincuentes, en prisiones. A propósito, la primera cárcel que se construyó en los Estados Unidos de Norte América fue para encerrar a un enfermo mental. Los primeros hospitales para el tratamiento de las enfermedades mentales fueron locales especiales para segregar a los enfermos de la sociedad y en ellos eran tratados a traves del castigo corporal, las cadenas y el encierro.

Desde el tiempo en que las cadenas y grilletes fueron eliminados y los pacientes trasladados, de los sótanos de los hospitales a instituciones psiquiátricas modernas, hubieron reacciones de resentimiento hacia la idea o intento del uso de amarras o reclusión. Sin embargo, se perdió de vista el hecho de que la mera hospitalización era una forma de reclusión en la cual el paciente, voluntariamente o a la fuerza, es separado de la sociedad.

A los administradores de hospital y a los médicos, generalmente, no les agrada usar medios o formas de tratamiento que causen críticas

* Profesor Asociado del Depto. de Ciencias Psicológicas. U.N.M.S.M.

de la comunidad, que no está preparada psiquiátricamente; pero, en vista de no haber otra manera de evitar las implicaciones de castigo que la reclusión conlleva, este sistema es usado solamente en casos extremos. A propósito, Jenkins (1) en su trabajo "The Constructive Use of Punishment", establece que el castigo puede ser, a veces terapéutico y necesario: "El amplio mal uso del castigo y la forma cruel en la cual es a menudo aplicado trajo como consecuencia una reacción en contra, como un medio de influenciar la conducta humana. Particularmente en el movimiento de higiene mental muchos han reaccionado enérgicamente contra el castigo hasta poner en duda el hecho de que tenga un sitio constructivo en las técnicas de "control" de la conducta humana. Estas reacciones emocionales contra el abuso del castigo han tendido frecuentemente a oscurecer el claro reconocimiento de su utilidad y necesidad. Mucha gente tiende a pensar en la terapéutica y el castigo como una contradicción necesaria. Ellos pueden encontrar castigo necesario, pero deben racionalizar ésto como algo más. El resultado ha sido la confusión, vacilación y racionalización distorsionadas en un área en la cual es necesario un pensamiento claro" (1).

Desde los tiempos de Charlesworth Hill and John Conolly (2), la historia de la psiquiatría está llena de luchas de aquellos que pensaban que el aislamiento y la sujeción eran métodos inhumanos de tratamiento. A través de la literatura de la psiquiatría (3, 4, 5, 6) el encierro fue aconsejado, solamente como una medida urgente para "controlar" los pacientes excitados o agitados, a fin de prevenir que hagan daño a sí mismos o a los demás. La mayoría de psiquiatras no lo consideró como un tratamiento, sino un método de represión para ser usado en circunstancias urgentes. Muy pocos especialistas consideraron que este medio podía ser terapéutico para individuos agitados. Hay muy poco que pueda encontrarse en la literatura psicoanalítica sobre la reclusión y su significado para el paciente mental (7, 8).

Hace un tiempo, cuando estuvimos trabajando en una sala de pacientes psicóticos agitados, pudimos observar las diferentes circunstancias en las cuales la reclusión o aislamiento eran indicadas y ellas hacían recordar situaciones similares, fuera del hospital, en las cuales el hombre y los animales se recluyen. Por ejemplo, el niño que ha sido castigado, o espera ser castigado por sus padres, muchas veces se recluye en un cuarto de la casa. Cuando hay situaciones graves y peligrosas en la comunidad, la gente corre a sus casas y cierra las puer-

tas para protegerse y sentirse, así más segura. Muchas veces, criminales y ladrones se entregan a las autoridades y piden ser encerrados para poder, así, expiar su gran sentimiento de culpa y conseguir la seguridad que inconscientemente requieren.

Hoy, a pesar del avance obtenido en psiquiatría con los descubrimientos de las drogas tranquilizantes, todavía se puede observar que los procedimientos de contensión mecánica (amarras y reclusión) no han sido del todo eliminados; hay un buen número de hospitales, en muchos países, donde estos procedimientos se usan para reprimir los estados de agitación de los pacientes.

Es el propósito de este trabajo, observar y analizar la actitud y significado psicológico que tiene o representa el encierro para un grupo de pacientes psicóticos.

MATERIAL Y METODO

El material humano utilizado en la presente investigación está representado por un "universo" estadístico de 60 pacientes psicóticas crónicas hospitalizadas en una sala de un hospital psiquiátrico norteamericano. Esta población psiquiátrica presentaba una edad cronológica que fluctuaba de 2 a 68 años y, étnicamente, estaba constituida por mujeres de razas blancas y negra en una proporción de 85% de la primera y 15% de la segunda.

De esta población se seleccionó, por el método del azar, una muestra de 9 psicóticas agitados.

El método de estudio consistió en observar las actitudes, expresiones y reacciones de la muestra seleccionada frente a la reclusión indicada por el psiquiatra de la sala.

Las observaciones fueron registradas sistemáticamente por las enfermeras que las consignaban en las hojas de observación de la historia clínica y, además, por el psiquiatra encargado de la presente investigación.

RESULTADOS

Los resultados de esta observación vamos a presentarlos a través de la casuística estudiada, destacando brevemente los sentimientos y expresiones más características del significado inconsciente de la reclusión en estos pacientes.

Casuística.

Caso Nº 1.— La Sra. A. es una paciente de 48 años, de raza blanca, casada, con el diagnóstico de síndrome cerebral crónico asociado a intoxicación alcohólica.

Durante su hospitalización ha sido uno de los problemas más serios de manejo debido a sus crisis de agitación agresiva. Tiene un nivel bajo de frustraciones y considerable agresividad la que se descarga, con frecuencia, cuando su tolerancia de frustración es sobrepasada. Algunas veces cuando siente que no puede reprimir la explosión de una crisis agresiva, en estado de intensa angustia, llama a la enfermera para decirle: "Tengo miedo de hacer daño a alguien, por favor enciérreme en el cuarto de aislamiento". Después de haber sido puesta en el cuarto de aislamiento, dice: "Me siento mejor aquí: me siento más segura. Afuera sentía como si fuera a explotar". Luego que estos sentimientos pasaban y su necesidad inconsciente de castigo era satisfecho, decía a la enfermera: "Ahora estoy lista para salir". Otras veces cuando se angustiaba y sentía que otros pacientes incrementaban su angustia solía decir: "Esta gente aquí me pone nerviosa, preferiría estar sola. Por favor pónganme en el cuarto de aislamiento antes que golpee a alguna de ellas".

Caso Nº 2.— La Sra. M. de 58 años, soltera, de raza blanca, con el diagnóstico de esquizofrenia crónica, de tipo catatónico. Presenta impulsos homosexuales que la angustian intensamente llegando, como defensa, a tornarse agresiva hacia personas de su mismo sexo. Desde que fue hospitalizada, hace muchos años, ha presentado estados de excitabilidad con conducta hostil y agresiva. Durante estos episodios se le recluye en el cuarto de aislamiento donde se tranquiliza rápidamente. Después que su crisis ha pasado las enfermeras suelen preguntarle si ya desea salir del cuarto; si ella siente que no ha estado el tiempo necesario, dice: "No; todavía no quiero salir. Todavía no estoy lista. Yo debo quedarme aquí". Cuando considera que debe salir, generalmente llama a las enfermeras y les pide que la dejen salir.

Caso Nº 3.— Srta. O. de 33 años, soltera, de raza blanca, con el diagnóstico de reacción de esquizofrenia crónica, ha presentado por muchos años episodios periódicos de violencia agresiva. Tiene fanta-

sías de ser violada sexualmente e intensos deseos inconscientes de ser hombre. El temor de que la gente pueda atarla produce en ella, como reacción, una conducta agresiva por lo cual se le tiene que poner en el cuarto de aislamiento. Durante estos episodios suele decir: "Nadie me puede matar, yo soy de Chicago". Después de ser puesta en aislamiento se tranquiliza, pero, cuando las enfermeras tratan de sacarla sin estar el tiempo suficiente, pide permanecer más tiempo y, muchas veces, para salir se le tiene que asegurar que ningún paciente le va a hacer daño.

Caso Nº 4.— Srta. L. de 35 años, de raza blanca, sufre de esquizofrenia crónica de tipo catatónico. Generalmente no cuida de su aseo, es sucia, permanece, sin hablar, tendida en el piso e indiferente hacia el mundo externo. Periódicamente presenta crisis de pánico durante los cuales se muerde las uñas y llora. Durante estas crisis se le pone en el cuarto de aislamiento, donde generalmente se tranquiliza.

Un día, estando muy angustiada, las enfermeras al llevaron a su cuarto, pero dejaron la puerta sin llave. Al momento que se dio cuenta que la puerta estaba sin llave, empezó a llorar a gritos, y, cuando las enfermeras fueron a ver lo que sucedía, empezó a decir: "Tengo miedo, miedo, miedo. No me importa quién sepa, pero siento miedo. Eche llave a la puerta, eche llave, eche llave, dificultad, dificultad". Estando encerrada en su cuarto, cuando las enfermeras trataban de sacarla antes del tiempo requerido, se negaba a salir permaneciendo el tiempo que consideraba necesario para ganar seguridad y sentir que, al salir, nada le iba a suceder.

Caso Nº 5.— La Sra. M. de 45 años, de raza negra, con el diagnóstico de reacción esquizofrénica crónica de tipo catatónico. La paciente permanece la mayor parte del tiempo en posición de pie en estado de mutismo, es negativista y no cuida de su aseo personal. Periódicamente presenta episodios de pánico en los cuales se torna agresiva y combativa. Durante estos episodios cuando se le ponía en el cuarto de aislamiento se tranquilizaba. Habiendo pasado el estado de agresión, solía decir unas veces: "Si, ya puedo salir" y otras "No quieio salir, tengo miedo", según su estado de seguridad interior.

Caso Nº 6.— La Sra. L. de 49 años, de raza negra, divorciada, con el diagnóstico de reacción esquizofrénica indiferenciada crónica, presenta frecuentemente estados de conducta agresiva en la cual se torna combativa y destructiva, tira las sillas, golpea a las otras pacien-

tes y, cuando piensa que la gente trata de acercársele con intensiones sexuales, grita e insulta en un lenguaje obsceno de contenido homosexual. Cuando, por sus estados de agitación, se le pone en el cuarto de aislamiento, rápidamente se tranquiliza. Cuando se le invita a salir, no estando lo suficientemente tranquila, se niega, alegando que prefiere quedarse por temor a las otras pacientes. Cuando siente que puede salir, generalmente, llama a la enfermera para que la deje salir.

Caso Nº 7.— La Srta. B. de 37 años, raza blanca, con el diagnóstico de esquizofrenia crónica, tipo catatónico. Tiene fantasías francas de tipo homosexual y agresivo. Cuando está agresiva busca como víctima a alguna enfermera o paciente que es más fuerte que ella, de tal manera que, cuando ataca, resulta gravemente golpeada por las pacientes y puesta en aislamiento por las enfermeras. Después de haber sido golpeada y aislada suele decir: "Oh esto era lo que necesitaba". En una carta que escribió decía lo siguiente: "Si me agito y tengo una crisis de rabia hay tres cosas que me pueden ayudar... una de ellas es que me encierren"... "Si me pongo agitada, yo se que tengo que obtener castigo". Cuando se le pone en el cuarto de aislamiento se tranquiliza y se niega a salir hasta que ha logrado expiar su sentimiento de culpa.

Caso Nº 8.— La Srta. L. de 51 años, de raza blanca, que tiene el diagnóstico de esquizofrenia crónica, presenta crisis de agresividad en las cuales empieza agrediéndose a sí misma y termina golpeando a otras pacientes. Cada vez que se agita se encierra en su cuarto en el cual, después de un tiempo, se tranquiliza. Sin embargo, cuando se le deja más tiempo del necesario, regresiona al extremo de embadurnar con heces las paredes de su cuarto.

Caso Nº 9.— La Sra. T. de 34 años, casada, tiene el diagnóstico de esquizofrenia catatónica crónica. Desde su internamiento ha sido un problema de manejo. Su conducta sufre frecuentemente diferentes cambios. A veces se le ve completamente paralizada por la intensidad de sus mecanismos represivos y otras veces es dominada por violentas crisis de cólera y destrucción. Durantes estos estados se recluye en su cuarto y permanece allí hasta que el episodio pasa. Cuando las enfermeras la recluyen accede voluntariamente y se tranquiliza en aproximadamente media hora. Cuando se la deja en reclusión más tiempo se torna tensa, angustiada y hostil.

COMENTARIO

Hemos visto, a través de la presentación de estos casos, que el aislamiento o encierro tiene diferente significado para cada paciente; así, en algunos casos (Nº 1 y 5), contribuye a fortalecer sus defensas represivas; el impulso agresivo que emerge produce angustia, la que presiona al yo, el que, como una defensa, lleva a la paciente a clamar o implorar el encierro, que permite un mejor control de las fuerzas represivas.

Los impulsos homosexuales, como en los casos (Nº 2 y 3) provocan en la paciente impulsos agresivos como defensa, agresión, que, por otra parte, conducen indirectamente a la paciente, a conseguir el encierro y por lo tanto, el aislamiento del contacto humano, contacto que es un estímulo para su impulso homosexual.

El significado de seguridad y protección que representa el encierro, frente al temor de ser agredida, es evidente en el caso Nº 4; así mismo el castigo expiatorio que consigne con el encierro, la paciente del caso Nº 7 para liberar su sentimiento de culpa.

Los casos Nº 8 y 9 nos revelan claramente cómo la reclusión llena una necesidad inconsciente, en las pacientes; necesidad que tiene un tiempo límite de satisfacción; esto quiere decir que si bien la paciente encuentra un alivio en la reclusión; es reclusión debe durar el tiempo necesario para producirlo, pasado este lapso ya no produce alivio sino una conducta regresiva (caso Nº 8) o un sentimiento de angustia u hostilidad (caso Nº 9).

En los nueve casos presentados muchos otros medios terapéuticos fueron empleados; así se usó: narcosis, electroshock, hidroterapia, terapia ocupacional y recreativa, etc. pero nada tuvo un efecto más positivo que el aislamiento. La observación nos ha demostrado que los pacientes han respondido mejor al aislamiento y en él han encontrado la solución transitoria para sus necesidades psicológicas inconscientes así como seguridad, protección, castigo, etc.

Estos ejemplos nos hacen meditar que, debajo del aparente castigo que pueda significar el aislamiento, llena en el enfermo mental una serie de necesidades inconscientes. Así mismo, pone en evidenca el hecho de que el mundo inconsciente del enfermo funciona o se rige por una serie de mecanismos muy distintos, que es importante conocer para entenderlo mejor.

Debemos aclarar que no es nuestra intención pretender decir que el aislamiento es el mejor y único tratamiento para los pacientes; pero no podemos dejar de pensar que podría ser usado en un sentido dinámico, cuando llene ciertas necesidades inconscientes del paciente. No se debe olvidar que su uso debe ir acompañado por algunas regulaciones tales como atención a la higiene personal del paciente, temperatura y limpieza del cuarto, tiempo de aislamiento, vigilancia, etc. Nunca deber ser usado en forma abusiva de castigo, sin consideración humana, ni respondiendo a las reacciones hostiles que el paciente, en estado de agitación, pueda provocar.

RESUMEN

El presente trabajo se refiere a un estudio de observación sobre las diferentes actitudes y reacciones de pacientes mujeres psicóticas crónicas frente a la reclusión indicada para controlar sus episodios de agitación.

El significado inconsciente de la reclusión varía para cada paciente de acuerdo a sus conflictos inconscientes representando para unas: seguridad, protección, alivio y para otras: castigo, expiación, etc.

SUMMARY

This paper summarizes a research about the patient's reaccions, actitudes and unconscious meaning that they have in regard to seclusion.

The findings indicated that the unconscious meaning is related to the psychic conflict of each patient and there fore seclusion represent, for some of them, security, proteccion and for others punishment, expiation, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. JENKINS, R. L. "The Constructive Use of Punishment" Mental Hygiene, 29: 561-574, (1945). — 2. DEUTSCH, ALBERT. Mentally III in America. Columbia University Press, 213-228 (1949). — 3. NOYES, A. P. Textbook of Psychiatric Nursing. Mac Millan, p. 275, (1951). — 4. RENDER, H. W. Nurse-patient Relationships in Psychiatry McGraw-Hill Book Co., p. 180 (1947). — 5. BRYAN, Wm. A. Administrative Psychiatry. Norton, p. 127, (1936). — 6. BENNETT, A. E. & PURDY, AVIS B. Psychiatric Nursing Technique. F. A. Davis, Do., (1940). — 7. SIMMENL, ERNEST. "The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement". Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 1. Page 133, (1937). — 8. ERICKSON, MILTON H. "Psychologcal Significance of Physical Restraint to Mental Patients". American Journal of Psychiatry, 105: 612-614, (February, 1949).

IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS TRANSCULTURALES EN SALUD MENTAL*

SYLVIA BERMANN **

Sería ocioso insistir en la importancia de los estudios transculturales en salud mental. El valor de la psiquiatría comparada fue entrevisto por Kraepelin cuando, al final de su vida, investigó en países lejanos la influencia de medios diversos en la configuración de los trastornos mentales. Creía tocar así la tierra prometida de un mejor conocimiento de los factores causales en psiquiatría, cuando lo sorprendió la muerte, al decir de Sarró.

Hasta no hace mucho, sin embargo, la psiquiatría centraba su atención en el caso individual, encasillado en rígidos cartabones nosológicos o interpretado subjetivamente como producto de pulsiones instintivas perturbadoras. Ha significado cambio y progreso notables un enfoque más armónico e integrador, en el que la enfermedad y la salud mentales son consideradas "pautas de conducta que en una población forman parte de todo un sistema de respuestas ecológicas, en su interacción con el medio" (1). En tal concepción, el medio cultural y social es una fuerza activa que determina los sistemas de tensión, las características de la tipología familiar y aún los tipos de respuesta individual. De los mismos surge evidencia suficiente de que las culturas difieren en la incidencia y sintomatología de sus alteraciones mentales

---

* Trabajo presentado al Primer Seminario Internacional de Desarrollo de la Comunidad en Salud Mental, Buenos Aires, julio de 1965.

** Del Comité Permanente de Jornadas y Congresos de Psiquiatría de la Argentina.

si bien los cuadros fundamentales son los mismos en las diversas sociedades. El impacto del medio y de las diferentes culturas sobre la conducta y las características de las alteraciones mentales, puede ser estudiado ya sea desde el punto de vista cuantitativo, midiendo la incidencia y sus variaciones o puede llegar a "estudios más profundos que ilustre la forma en que la cultura, el sistema social y la personalidad se transforman en variables relacionadas, dependientes, al fin y al cabo de las condiciones materiales y de la organización social en que opera la cultura (2)". En este enfoque, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, con sus conocidas nociones de factores causales atribuibles al huésped, al agente y al medio, implica la aplicación, en psiquiatría, del método epidemiológico que tanto ha contribuído al adelanto de la medicina y al de la salud pública.

Sinnúmero de estudios descriptivos dan evidencia de la relación entre trastornos mentales y cultura, pero la epidemiología como disciplina que investiga la distribución y determinantes de la enfermedad en una población determinada, no ha sido utilizada adecuadamente en los estudios transculturales. Señala Wittkower, uno de los principales impulsores de los estudios transculutrales, que desde el punto de vista metodológico "no existen en la actualidad estadísticas que permiten comparaciones transculturales válidas sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental. A la luz de nuestro impreciso conocimiento debemos confiar en impresiones y aproximaciones". (3) Lo firma también Lin (4) al comparar índices de prevalencia en encuestas realizadas en diversos lugares de la tierra y Anita Bahn cuando señala que los resultados de estos estudios varían de un 6 a un "pasmoso 86%". (5)

Tres son los elementos que la epidemiología utiliza en la estimación de la frecuencia de las alteraciones mentales en una población determinada: 1) estadísticas de mortalidad, de valor muy relativo, salvo en los casos de suicidio, homicidio y P.G.P., más aún en países con defectuosos registros estadísticos. 2) Las estadísticas de admisión a hospitales, datos también de valor limitado. Como señala Horwitz: a) dependen de las facilidades disponibles en el país o región para la hospitalización y atención ambulatoria de este tipo de enfermedades; b) se refieren habitualmente sólo a las enfermedades que requieren hospitalización perentoria, por el peligro que ellas representan para el enfermo o para la comunidad, y a aquellas enfermedades que provo-

can incapacidad e inadaptación ambiental muy acentuadas; c) sólo informan sobre los casos que han solicitado hospitalización." (6) 3) Investigación en terreno de una muestra de la población que se considera representativa de la población total. Es el método adecuado pero requiere esfuerzo ingentes y un diseño cuidadoso.

Los resultados obtenidos hasta ahora en este tipo de investigación no son transculturalmente comparables por una serie de factores atribuibles a diversidad de objetivos, diferencia en los que se entiende por caso, falta de uniformidad en la clasificación de los transtornos mentales, falta de uniformidad en la clasificación de los datos demográficos, diversidad en la metodología y diferencias en el tratamiento estadístico de los datos. Por otra parte, tales estudios no fueron planeados desde una perspectiva transcultural, carentes, por lo tanto de la metodología correspondiente. En ésta, precisa tener en cuenta las características de las diversas culturas, con sus particulares sistemas tradicionales como método de regular la conducta, sus criterios variables de normalidad y anormalidad, sus sistemas étnicos, sus actitudes distintas, etc. Además, "los individuos no viven su curso vital en relaciones constantes e invariables con el medio cultural total, si bien existe constancia suficiente que permite hablar de pautas normativas en cada escena cultural" (7). Por ello, la epidemiología transcultural necesita de métodos más convincentes desde el punto de vista antropológico, de mayores conocimientos de psiquiatría social y de datos clínicos concernientes a los estilos cambiantes de los desórdenes de la conducta. Tal complejidad y riqueza sólo puede ser alcanzada en un enfoque interdisciplinario, con la colaboración de sociólogos, antropólogos, epidemiólogos y psicólogos sociales. Para que los datos obtenidos no sean invalidados se requiere evitar su toma por psiquiatras que desconozcan el contexto cultural de la conducta, o por antropólogos no entrenados en el informe de los hechos psiquiátricos.

El estudio epidemiológico transcultural tal vez más importante y conocido es el realizado por Leighton en Canadá, en Stirling Country y en Africa, entre los Yorubas de Nigeria. Compara prevalencia, en base al análisis de un cuestionario y estudia la realización entre desórdenes psiquiátricos y la desintegración social. Ha sido criticado por la carencia de datos históricos y antropológicos, especialmente en relación con los subgrupos culturales, por la generalización alrededor del continuo integración-desintegración social y del cambio como factor pató-

geno, por la carencia de equivalentes diagnósticos, ya que éste se hace en base a la presentación descriptiva del cuestionario.

No es posible, en esta ocasión, analizar los factores que en las diversas culturas imprimen características diferenciales a los cuadros psiquiátricos, ni la diversidad que los mismos presentan en las distintas sociedades. Sólo, de paso, quiero señalar la importante observación hecha por diversos psiquiatras de Africa, de la influencia de los factores alimentarios, en especial la hipoproteinemia, productora de sintomatología emocional por desnutrición, que en las llamadas "sociedades de abundancia" sería considerada como de origen psicógeno.

Se desprende de lo antedicho que la comparación de los trastornos mentales en diversas culturas es una empresa compleja, que requiere una instrumentación adecuada y prolija. En América Latina no existen casi antecedentes de estudios epidemiológicos transculturales en salud mental. Tal vez el único que pueda señalarse es el realizado por el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET), en el se compara, en tres países de América Latina, Perú, México y Cuba, la reacción de la familia frente al niño que enferma y del que surgen diferencias significativas en los distintos medios culturales.

Resulta indispensable, en la actualidad, coordinar actividades en América Latina para esta empresa de los estudios epidemiológicos transculturales, en forma de conocer la real frecuencia y características de los desórdenes mentales en nuestros países, donde los problemas tienen, sin duda, al menos la misma importancia que en el resto del mundo occidental. El nivel de nuestro desarrollo permite adelantarnos a la presencia de investigadores ajenos a nuestras características e idiosincracia; factor también de error en este tipo de investigaciones. Como expresa Horwitz, "no disponemos de información objetiva y fidedigna para estimar la real magnitud de los problemas de salud mental en América Latina. La escasa información de que se dispone no se presta a comparaciones entre los distintos países, ni aún entre los estados de un mismo país. Lo que sobresale de esta escasa información es la insuficiencia general de los recursos y la necesidad creciente y urgente de mejorar los servicios, tanto cuantitativa como cualitativamente". (10)

Tales consideraciones señalan la necesidad de aunar esfuerzos, dentro de nuestros países, en el diseño de investigaciones conjuntas que permiten conocer la prevalencia de estas enfermedades en áreas urbanas y rurales, y su relación con los factores ecológicos, culturales

y sociales interrelacionados. Desde un punto de partida clínico —acento original planteado por Horwitz y Marconi en Chile—, mediante la aplicación de definiciones operacionales y objetivas que superen las descripciones sintomáticas, podrá obtenerse resultados comparables, que permitan la organización de programas adecuados de acción por una mejor salud mental de nuestras comunidades.

BIBLIOGRAFIA

1. CAPLAN, G.: Principles of Preventive Psychiatry P. Basic Books, New York, 1964. — 2. OPLER, M. K.: Culture and Mental Health, pág. 9. MacMillan, New York, 1969, — 3. OPLER, M. K.: Op. cit. Wittkower E. pág. 491. — 3. LIN, TSUNG-YI: Importancia de los Métodos Epidemiológicos en Psiquiatría, Pág. 18. O.M.S. Ginebra, 1964. — 5. BAHN A.: Estudios Epidemiológicos de los trastornos mentales, Mat. mimeog. Baltimore, 1959. — 6. HORWITZ, J.: Epidemiología de los problemas de Salud Mental, Pág. 516, Bol. Of. San. Pan., Vol. LIV, Nº 6. — 7. OPLER, M. K.: Op. cit. Pág. 9. — 8. GUTKIND, P. C. W.: Pág. 144, en Transcult. Psych. Res. Vol. I, 1964. — 9. PRINCE, R.: Pág. 48, en Transcul. Psych. Res., Vol. I, 1964. — 10. HORWITZ J., MARCONI J., MUÑOZ L.: Evaluación de Definiciones Transculturales para estudios epidemiológicos en salud mental. Mat. Mimeogr. 1965.

DOCUMENTOS

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

Discusión Clínico-Patológica

Caso con pérdida progresiva de la visión

25 de mayo de 1965

Historia Clínica

Paciente de 36 años de edad, natural de Lima, de sexo masculino y ocupación comerciante, refiere que desde el mes de mayo de 1964 experimentaba crisis de nublamiento de la visión, crisis que se presentaban en forma brusca, quedando ciego por uno o dos segundos, para luego recupera la visión. Estos trastornos se presentaban en forma periódica. Desde los primeros días de julio del mismo año se agregó dolor persistente e intenso en ambas regiones frontales. El dolor duraba una a dos horas, siendo más intenso en las mañanas sobretodo al levantarse. Al finalizar el mes de mayo se sumó náuseas y vómitos. No recuerda si aumentaba el dolor con las maniobras de incremento venoso del encéfalo; pero sí menciona que los dolores han sido persistentes todo el mes de julio; posteriormente fué disminuyendo en intensidad y frecuencia y en agosto los percibía ocasionalmente, refiriéndolo especialmente al lado izquierdo de la frente.

Relataba asimismo el paciente que desde que experimentó las crisis de nublamiento de la visión, notó pérdida progresiva de la percepción visual y que el día de su ingreso a la Sala Santo Toribio, es decir los primeros días de setiembre del mismo año, la visión era solamente de "bultos" y ya no podía leer ningún caracter tipográfico.

El 13 de setiembre fué referido al Servicio de Neurocirugía del Hospital (Sala San Luis) y en el interrogatorio dirigido que se le hizo en el mencionado Servicio se concluyó que en ningún momento había presentado trastornos de conciencia, convulsiones o sus equivalentes, tampoco refirió pérdida de fuerzas ni trastornos sensitivos, salvo la hiperalgesia focal y mencionada.

En los antecedentes familiares del paciente no se encontraba nada de importancia. Dentro de los antecedentes patológicos padeció de varicela a los ochos años, chancro duro y blando a los 23 años y gonorrea a los 19, 25 y 30 años.

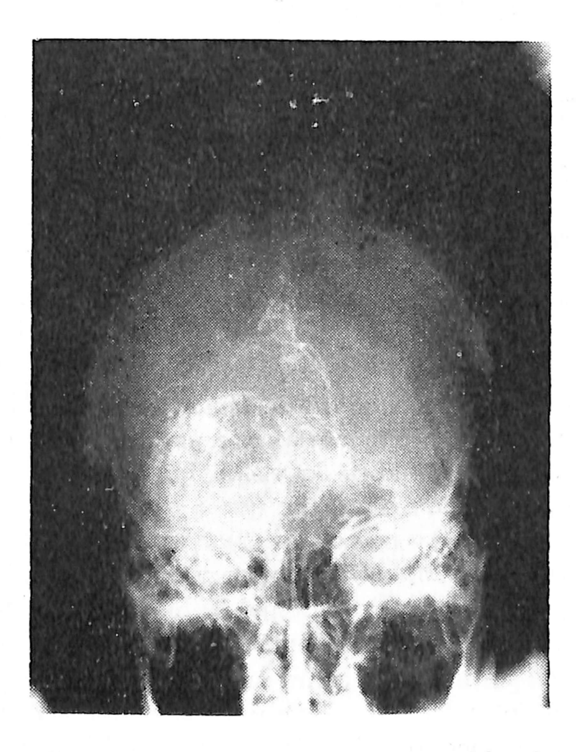


Fig. 1.— Arteriografía de carótida derecha, (Dr. E. Fernández), incidencia antero-posterior. En la incidencia lateral, se aprecia la misma masa tumoral, bien delimitada, circunscrita y vascularizada que abarca casi todo el lóbulo frontal derecho y desplaza tanto a la cerebral anterior como media, infiltrando todo el piso anterior derecho.

Examen Físico

En el examen físico efectuado los primeros días de su estado en la Sala San Luis se registró una temperatura de 37.4°C, pulso 60 p.m.; respiraciones 20 p.m. y presión arterial 130/70 mm Hg. El paciente

estaba lúcido, en decúbito dorsal activo, adelgazado, cooperaba en el examen. Los aparatos cardiovascular, renal, respiratorio y gastroduodenal no mostraban alteraciones.

El examen neurológico reveló un paciente aparentemente lúcido, tranquilo, coherente, orientado en todos los sectores pero no conocía la fecha exacta en que se encontraba. Su principal preocupación era recuperar la visión "siquiera en un cincuenta por ciento". Su comportamiento dentro de la cama y sala era correcto; la memoria no estaba alterada, ni se descubrían perturbaciones emocionales ni ideatorias.



Fig. 2.— Arteriogragía de carótida derecha, incidencia lateral. En la placa se puede apreciar asimismo agrandamiento de la silla turca, la que se encuentra incluso deformada, estando borradas las apófisis clinoides posteriores.

El lenguaje se presentaba normal; no habían alteraciones de la olfación; no existía visión cuenta dedos; percibía la luz de la linterna y "bultos blancos"; no distinguía los colores. Al examen de fondo de ojo se encontraba contorno papilar borroso y sobresaliente, arterias adelgazadas y venas moderadamente dilatadas, no había pulso venoso, el color de las papilas era blanquecino, es decir existían signos de edema papilar antiguo con atrofia de ambos nervios ópticos.

Las pupilas eran céntricas, isocóricas, fotoreactivas, el reflejo de acomodación no se podía explorar por dificultad del enfermo para percibir el objeto. Notábase exoftalmo bilateral, a predominio derecho. La motilidad ocular estaban conservada; el reflejo corneal era intenso, en ambos ojos; la sensibilidad tactil y dolorosa estaba normal en ambos lados de la cara, y la función motora del mencionado par era normal. El VII par no estaba alterado, la audición de la voz cuchicheada era percibida a un metro, Weber no lateralizado; reflejo mentoniano muy

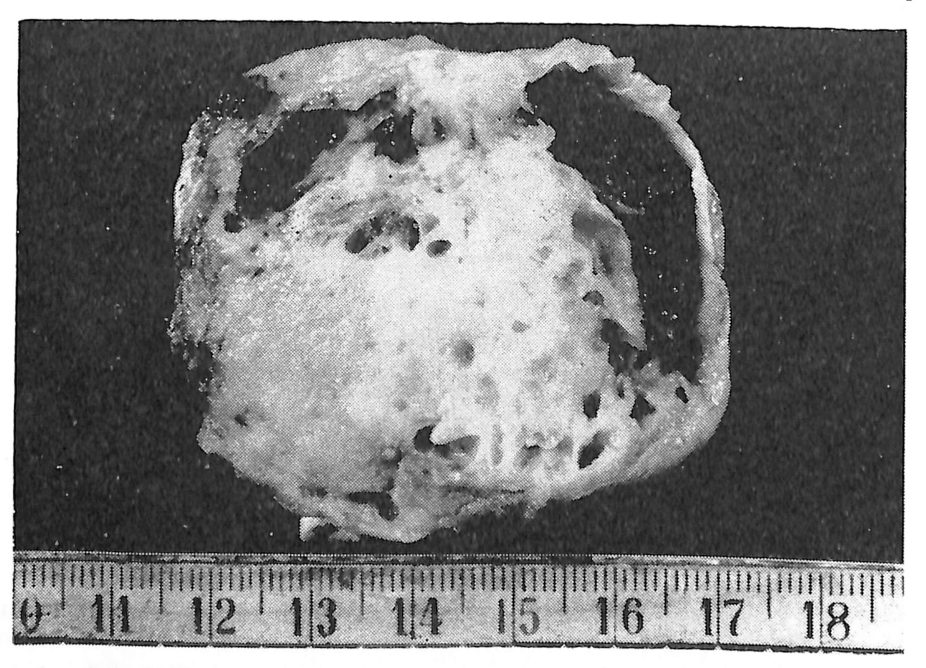


Fig. 3.B: 21891.— Vista de la superficie de sección, mostrando tejido compacto central con zonas de distensiones quísticas, periféricas, de variado tamaño.

exagerado, no había reflejo de succión, el reflejo faríngeo era normal, úvula central, esternocleidomastoideos y trapecios normales. Temblor lingual y marcada torpeza para realizar los movimientos de la lengua, se observaba temblor grosero en labios y lengua.

Al examinar la función motora se apreciaba discreta rigidez de nuca a la flexión de la cabeza sobre el tórax. Asimismo se apreciaba temblor en ambas manos, cuando extendía los dos brazos. El temblor era fino, rítmico, las oscilaciones a una frecuencia de alrededor de ocho

oscilaciones por segundo, no existían otras alteraciones que indicaran déficit motor. Las maniobras de coordinación talón-rodilla lentas, torpes y temblorosas. Marcha con tendencia a desviarse hacia la derecha.

Los reflejos osteotendinosos fueron asimétricos con hiperreflexia en los miembros izquierdos, existencia de clonus aquiliano del mismo lado, el reflejo cutáneo plantar izquierdo fue indiferente y el derecho fue en flexión.

Entre los reflejos cutáneo mucosos el cremasteriano izquierdo es-

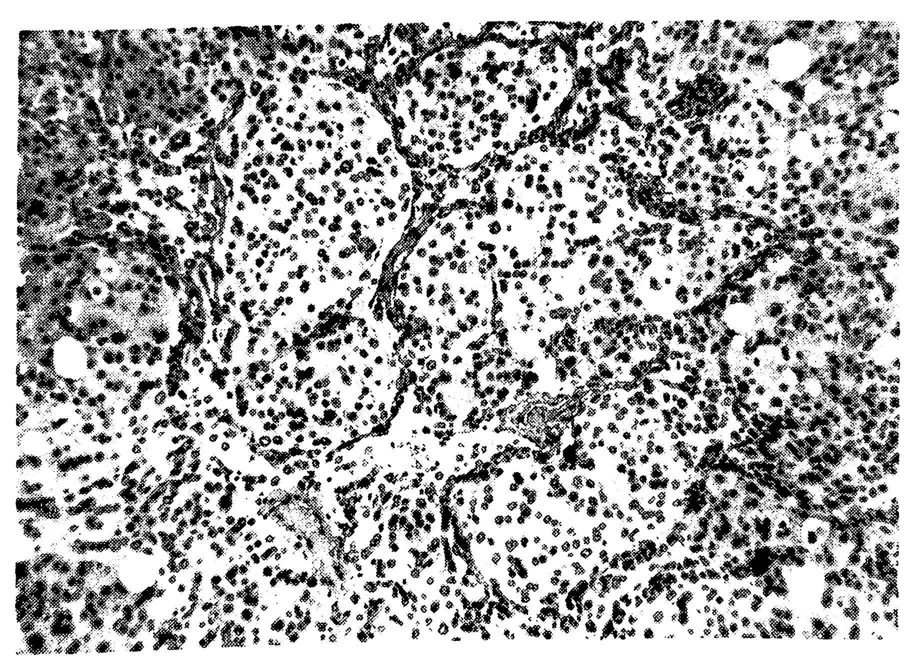


Fig. 4.B: 21891.— Vista microscópica del corte histológico donde se observa el aspecto lobulado del tumor y el componente celular en disposición concéntrica.

taba disminuído. No había alteraciones de la sensibilidad, ni superficial ni profunda.

Exámenes auxiliares. El examen de sangre efectuado el 11 de setiembre de 1964 mostró hemoglobina 14.95 grs., un recuento celular de 9,600 leucocitos con 61 neutrófilos, 55 segmentados, 25 linfocitos, 6 monocitos y 8 eosinófilos. La velocidad de sedimentación arrojó 14 mmts.

en la primera hora y 30 mmts. en la segunda hora (método de Westergren). El examen de orina presentaba algunos leucocitos, además uratos de sodio. Las pruebas serológicas fueron no reactivas. El examen de heces del 19 de setiembre de 1964 reveló quistes de ameba coli.

Por ser disposición en el Servicio, no hacer raquicentesis en pacientes con edema de papila no fue posible el estudio del líquido céfaloespinal.

El día 18 d setiembre de 1964 el paciente fue sometido a estudio angiográfico bilateral. El 25 de ese mes se practicaba una craneoto-

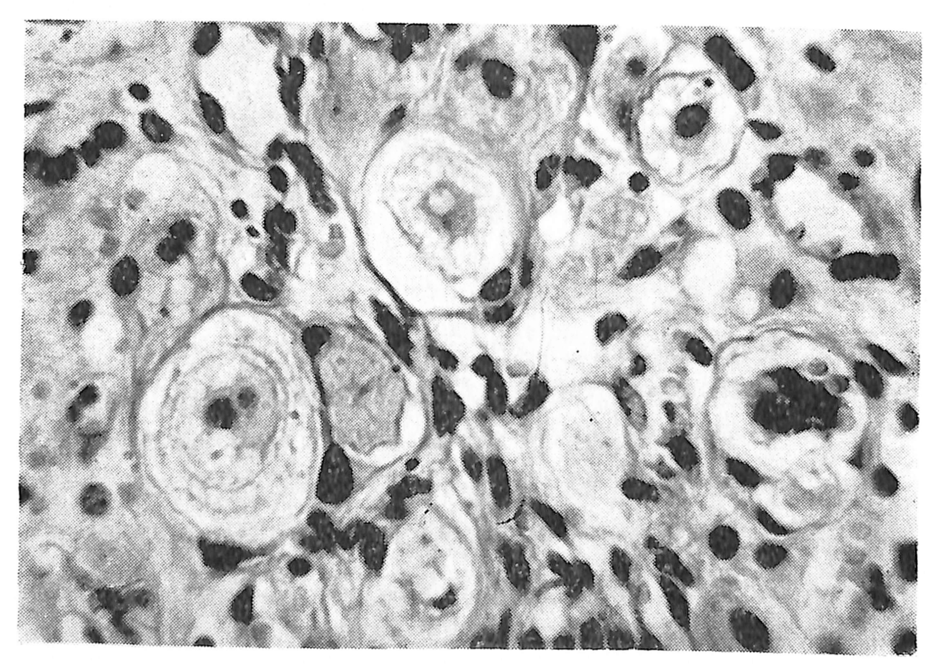


Fig. 5.B: 21891.— Fotografía a mayor aumento para mostrar las células en disposición concéntrica como "telas de cebolla" característica del meningioma del tipo transicional.

mía. El 28 de ese mismo mes se dosa la hemoglobina arrojando una cifra de 9.06 grs. Se empezó a proporcionar glicerina en dosis de 2 a 3 gramos por kilogramo de peso por vía digestiva; además tratamiento anticonvulsivante. El 6 de octubre otro dosaje de hemoglobina arroja 9.00 grs. El 20 de octubre del mismo año se encuentra 12.17 grs. de hemoglobina; 6,600 leucocitos, 53 neutrófilos con 50 segmentados y 3 cayados, 24 linfocitos, 4 monocitos y 18 eosinófilos.

El mismo día 20 de octubre, es nuevamente intervenido (craneotomía). El 24 del mismo mes un hemograma revela hemoglobina 12.31 grms., 9,800 leucocitos, 73 neutrófilos, con 71 segmentados y 2 cayados, 17 linfocitos, 6 monocitos y 4 eosinófilos.

En el examen electroencefalográfico (25- VII- 1964) se econtró que el trazado de las áreas anteriores mostraba asimetría bioeléctrica debido a la presencia de ondas lentas polirítmicas hacia los electrodos frontal medio y frontal derecho; además se observaban algunas ondas theta hacia el mismo lado, actividad beta de fondo. Hacia las áreas centrales se veían ondas alpha no bien reguladas, en escasa cuantía, más aparentes hacia el lado derecho; hacia el izquierdo se observaba sobretodo en el electrodo central, abundante actividad beta espicular que alcanzaban de 25 a 30 m.v. En las áreas posteriores las ondas alpha eran de 9 c.p.s. mejor reguladas, alcanzaban hasta 40 m.n. discretamente más aparentes hacia el lado derecho.

El trazado Monopolar empleando la Técnica de Gibbs, confirmó la presencia de ondas lentas polirítmicas hacia los electrodos frontal medio y frontal derecho y discreta asimetría bioeléctrica.

La hiperventilación de tres minutos no provocó cambios bioeléctricos realmente significativos.

El electroencefalograma era por tanto anormal. La anormalidad consistía en asimetría bioeléctrica hacia las áreas frontales debido a la presencia de ondas lentas polirítmicas, más aparentes en los electrodos frontal derecho y frontal medio confirmada en la toma Monopolar, más sin signos determinantes de localización.

En un nuevo examen realizado el 23- IX- 1964 se encontró que el trazado, tomado con técnica de localización colocando mayor número de electrodos en las áreas anteriores mostraba que las ondas lentas polirítmicas abarcaban una amplia zona que iba desde el área frontal izquierda hacia el lado derecho llegando casi hasta el electrodo temporal anterior del mismo lado.

Después de la segunda intervención, se infectó la herida operatoria por lo que el pacientes tuvo que permanecer en cama y el día 11 de diciembre de 1964 el paciente fue dado de alta, aliviado de la cefalea, vómitos y con franca mejoría de la visión.

Discusión. (Dr. Raúl Jerí)

Se trataba de un enfermo adulto, quién ingresó al hospital por una historia de un año de evolución caracterizada por disminución de la visión y antecedentes de cefalea frontal. Al examen se comprobó leve desorientación temporal, amaurosis, edema papilar moderado con signos de atrofia de ambos nervios ópticos, exoftalmo bilateral, reflejo mentoniano muy exagerado, discreta rigidez de nuca. temblor en las manos, pruebas cerebelosas torpes y lentas en los miembros, tendencia a desviarse a la derecha durante la marcha, hiperreflexia en los miembros izquierdos. El estudio electroencefalográfico mostraba ondas lentas polirítmicas en la región frontal media y derecha.

Los datos que anteceden señalaban claramente que el enfermo padecía de un proceso expansivo intracraneal, de evolución relativamente lenta, localizado en la región frontal y que comprimía el quiasma óptico. Existían algunos signos de compromiso del tronco encefálico, que evidentemente indicaban comienzo de hernia a través del tentorio.

El estudio arteriográfico confirmó la impresión clínica, mostrando una neoplasia muy vascularizada, situada en el lóbulo frontal derecho y desplazando netamente la arteria cerebral anterior hacia el lado opuesto.

La evolución del cuadro clínico, y las características arteriográficas del neoplasma, indicaban que probablemente se trataba de un meningioma angioblástico.

Intervenciones Quirúrgicas.

El paciente fue operado en dos oportunidades. La primera intervención fue el 25 de setiembre de 1964. Objeto de la operación: Descompresión y extracción del tumor.

Cirujano: Dr. Cabieses; asistentes: Dr. Fernández, interno Deza.

Incisión: frontoparietotemporal derecha.

Procedimiento: Hecha la disección del cuero cabelludo y previa hemostasia se hacen 5 agujeros de trepanación y se extrae la plaqueta ósea; se hace hemostasia de la arteria meníngea media; se diseca la duramadre y se aprecia un área cortical bien vascularizada, la que sangra profusamente. Se hace hemostasia y se cierra plano por plano

(no se coloca plaqueta ósea); se coloca dren y se da por terminado el primer tiempo operatorio.

Segunda intervención quirúrgica. Día 20 de octubre de 1964.

Cirujano: Dr Cabieses; asistentes Dr. Fernández, interno Srta. Menache.

Incisión: en semiluna fronto-parieto-temporal derecha, siguiendo la cicatriz operatoria anterior.

Hallazgos operatorios: Se extirpa una masa tumoral de 5 X 5 centímetros de diámetro, encapsulada, en la región frontal derecha, hay sangrado profundo. La masa tumoral se envía al Departamento de Patología para su estudio.

Resultado: Satisfactorio.

Estudio Patológico. La pieza operatoria fue remitida al Departamento de Patología del Hospital. El tumor mostraba el corte tejido compacto central, con zonas de distensiones quísticas, periféricas, de diverso tamaño. Microscópicamente se confirmaba la estructura lobulada del tumor. El componente celular tenía disposición concéntrica, en "tela de cebolla", que correspondía al diagnóstico anatómico de meningioma del tipo transicional.

LEONCIO ACOSTA S.

REVISTA DE REVISTAS

Artículo publicado por la Revista de Filosofía y Ciencias afines: **"Documentación Crítica Iberoamericana"** (Revista trimestral de crítica filosófica sobre las principales publicaciones y el estado de la investigación), correspondiente al año II, Nº 2, Sevilla, Enero-Marzo de 1965.

LA PSICOLOGIA DE LA COMUNICACION EN EL PERIODISMO

ROBLES RAMIREZ, JUAN ANTONIO. Tesis, Universidad Católica del Perú, Facultad de Filosofía y Letras, 1963.

La tesis que reseñamos pertenece a uno de los primeros grados obtenidos por alumnos de la Sección de Psicología de la Facultad de Letras de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Tiene especial inmportancia por cuanto dicha Sección data recién de 1958, fecha en que ella comenzó a funcionar. Y es de remarcar su progreso por cuanto ha podido producir ya una tesis de la importancia de la presente. Juan Antonio Robles ha sido un alumno destacado de esa sección, y culmina así sus estudios en dicha materia. El tema elegido ha sido el periodismo, visto en su significación psicológica, aunque no ha descuidado el aspecto filosófico, como se puede apreciar en dos capítulos que versan sobre ontología y moral respectivamente.

En contenido del trabajo se inicia con una interesante delimitación del fenómeno del estudio, lo cual obliga al autor a tratar la esencia del Periodismo, haciendo una especie de analisis fenomenológico que determina la comunicación de hechos actuales, como el contenido ontológico del Periodismo. Partiendo de esta situación, se precisa la importancia e intervención de la psicología en este campo. Así encontramos un análisis detenido sobre la dinámica psicológica de la noticia, junto con una clasificación de los diversos tipos de ella comunes en el medio peruano, esto último producto de un estudio de material vivo de periódicos y revistas.

Toda noticia lleva aneja un grado de repercusión en quienes la leen, lo cual determina ese factor tan importante del periodismo actual que se denomina "sensacionalismo". Ese factor también es estudiado con precisión, exponiéndose sus componentes e implicaciones, lo cual hace brotar espontaneamente el problema filosófico: moral y derecho de información. Aquí el autor es cuidadoso con sus afirmaciones, y sobre todo con sus resultados, pero deja siempre en claro el valor irrenunciable de la persona humana, en especial en su aspecto de intimidad. Termina el trabajo estudiando los efectos de la comunicación, lo cual lleva al autor a precisar cómo esa influencia puede incidir en la orientación vital de los lectores, factor importantísimo en una época de masas como la nuestra, máxime si ellas tienen un acceso a la cultura muy limitada, pues por la organización actual de la sociedad, el escaso tiempo disponible del vulgo para tomar contacto con la cultura le obliga a escoger síntesis breves y ópticas, siendo por ello el periodismo un factor de importancia suma.

La tesis del señor Robles es un trabajo importante sobre un tema que tiene escasas investigaciones de conjunto. Normalmente se le ha encarado desde el punto de vista pragmático, pues por lo general, hablar de una psicología del periodismo equivale a formular normas de eficacia para una labor de propaganda o de captación de público. Pero el periodismo exige algo más que esa orientación, pues analizar su psicología tiene una finalidad superior a la pragmática, pues debe ser una contribución a conocer qué es el Periodismo, punto álgido por cuanto determinará lo que debe ser en nuestros días. Y esto es urgente, pues el periodismo prospera como una hierba espontánea, sujeto únicamente a los intéreses económicos de quienes lo practican. De aquí la importancia de un análisis serio y detenido, donde se encuentra una orientación filosófica que posibilita la visión de lo que debe ser el periodismo.

El análisis antes dicho, nos hace pensar en un peligro grave de nuestros tiempos, aunque no exclusivo del periodismo. Cada vez en toda actividad cultural se emplean a fondo recursos técnicos y científicos sin otra meta que una mayor eficacia. Así la psicología aplicada al periodismo, le descubre los mecanismos de la mente humana y con ello la posibilidad de dominarla cada vez con mayor exactitud. Miremos simplemente las campañas eleccionales de la política. Surge entonces el problema: hasta qué punto todos esos recursos científicos y técnicos están al servicio del hombre mismo? Porque toda producción cultural debe estar al servicio del hombre. La cultura es la producción de medios que humanicen más al hombre, pero en cambio vemos en la realidad concreta que todos esos recursos sólo deshumanizan al hombre pues lo convierten en una máquina de recibir impresiones, las cuales por las técnicas que se emplean, fuerzan a la mente a recibirlas pasivamente. Qué hace un hombre corriente ante una noticia o una campaña de publicidad dirigida con los recursos de la psicología profunda? Aceptar todo lo que recibe aún cuando no esté del todo de acuerdo. Surgen mecanismos que escapan a su control de hombre corriente. Y bien, así el hombre se mecaniza, sólo cree aquello que se le quiere hacer creer, su libre albedrío

disminuye y su automatismo crece. Queda algo del hombre? ¡No!, cada vez es más una máquina. Esto es deshumanizar al hombre. Entonces surge la necesidad de saber qué son las cosas mismas, independientes de los propósitos humanos, porque en el fondo existe un orden que no crea el hombre, y que si bien éste puede contribuir a su perfeccionamiento (el valor ontologigante de las ciencias), no puede quebrar su íntima esencia, porque en este terreno tocamos el reino del ser. Esta es la razón por la cual son urgentes los estduios puros. Porque nos ponen en presencia de lo que son las cosas, sin mexcla ni artificialidad. No se piense que esto es reducir todo el conocimiento a la Filosofía, también cabe un conocimiento de lo que la cosa es sin llegar al ámbito ontológico. Cuando un científico enuncia la ley de gravedad, también está indicando lo que es ese mundo de los fenómenos, primera capa de la realidad última de las cosas. Esto necesita todo el saber actual. Saber que son las cosas mismas, pues sabiendo lo que son, no cabe ya deformación posible. Un intento en esta dirección, creemos que constituye el trabajo que hemos reseñado.

DIAGNOSIS OF "HISTERIA"

SLATER, E. Brit. Med. Journ, 1: 1935-1939, (May 29), 1965.

Generalmente se acepta que nadie ha definido satisfactoriamente a la "histeria", pero se afirma que puede ser reconocida, cuando se la encuentra. Sin embargo, la facilidad y confiabilidad del diagnóstico es vista en forma diferente por diversos autores. Han sido los neurólogos quienes describieron las variadísimas formas clínicas de esta afección y notaron que prácticamente no existe afección neurológica que no sea capaz de tener su "doble" histérica. El autor opina que debería evitarse llamar histérico a un paciente, ya que éste término implica más bien una distinción cualitativa que cuantitativa. Pero cree que sería legítimo decir, en un caso dado, que un síntoma particular es "histérico". Sin embargo, no hay síntoma "histérico" que no pueda ser producido por casos no histéricos bien definidos. De allí a suponer que uno está formulando un diagnóstico, cuando dice que un paciente sufre de histeria, es engañarse a sí mismo. La justificación para aceptar a la "histeria" como su síndrome se basa enteramente en la tradición y carece de pruebas. No existe significado claramente definible para ese término y es peligroso usarlo como diagnóstico. Tanto teórica como prácticamen debe evitarse el empleo de esa palabra. Desde el punto de vista teórico, todos los signos de "histeria" son manifestaciones no de enfermedad sino de salud. Así por ejemplo el paciente que no puede hablar, puede fonar; se puede demostrar que el anestésico puede sentir; puede hacerse que recuerde el paciente que padece de amnesia histérica. La "histeria" por tanto no es enfermedad sino salud, aún cuando para el criterio del médico sea salud en un lugar erróneo. No se puede elaborar el cuadro clínico de una enfermedad cuyos elementos son varios signos de ausencia de enfermedad. No es posible llegar a un concepto unitario en esta forma.

Desde el punto de vista práctico, debemos recordar que el diagnóstico de "histeria" es en esencia la afirmación de un negativo universal. Si se demuestra que una de las manifestaciones de un grupo de síntomas es "histérica", se hace esto simplemente para comprobar que, con respecto a ese síntoma, el paciente está mostrando una reacción normal y no patológica. significa esto que los otros síntomas sean "histéricos", como tampoco un resultado normal en cualquier aspecto de las funciones corporales no quiere decir que sea aplicable a todas las otras funciones. Para mantener lo contrario tendriamos que afirmar que existe algún rasgo distintivo mediante el cual los individuos "histéricos" difieren de los normales, por ejemplo en los mecanismos por los cuales se producen los síntomas. Nadie ha osado afirmar esto. El mecanismo de disociación, que se supone juega un rol central en la producción de los síntomas histéricos, es en sí completamente normal. Como Head señaló, el neurólogo disocia cada vez que mira a través del oftalmoscopio, con el fin de obtener la visión monocular que necesita para llevar a cabo la tarea. Así ocurre con todos los otros mecanismos, atributos fisiológicos y psicológicos, asociados con la "histeria" por varios autores: todos ellos son normales.

Al diagnosticar "histeria", en un caso dado, se está afirmando en realidad (1) que ninguno de los síntomas es causado por enfermedad; o (2) que es sumamente improbable que el paciente esté sufriendo de una afección orgánica que pueda haber causado uno de los síntomas. Es necesario entonces hallar la causa de la "reacción histérica". Si no se hace eso, hemos dejado al paciente sin diagnóstico.

Se sabe que el diagnóstico tiene esencialmente una función predictiva. Si hacemos el diagnóstico de histeria, en un grupo de pacientes, esperamos que muestren alguna uniformidad en la evolución posterior de la enfermedad, y en los factores etiológicos, que se descubren en el curso del tiempo. Es así como se espera que los estudios de evolución de los pacientes suministren confirmación útil del diagnóstico. Las investigaciones evolutivas de histéricos han demostrado que el estado ulterior de los pacientes depende del modo de selección, es decir de la naturaleza de la definición operacional. Así, los autores que han seleccionado pacientes por la presencia de síntomas conversivos, en un ambiente no complicado, hallaron resultados favorables. Sin embargo, algunos pacientes desarrollaron esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, epilepsia, tabes, parálisis motoras, enfermedades de los ganglios basales y tumor cerebral. Se ha concluido por tanto, por estos trabajos, que (1) los síntomas conversivos tienen como causa diversas enfermedades psiquiátricas y neurológicas y (2) que el pronóstico no era bueno ya que muchos pacientes devienen casos crónicos.

Similares conceptos han surgido de estudios puramente clínicos. Las personalidades de pacientes con reacciones conversivas, en los cuales se había hecho un examen detenido para excluir cualquier enfermedad neurológica, eran de muchos tipos: pasivo-agresivas, emocionalmente inestables, inadecuadas, paranoides, esquizoides y otras. Muy raras veces la personalidad

premórbida es histérica de acuerdo al significado común del término. Muchos histéricos tienen síntomas depresivos.

Cuando se estudian casos de pacientes diagnosticados como histéricos por otros psiquiatras, se comprueba que, después de varios años, un buen número reingresan al hospital con diagnóstico de psicosis (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, psicosis orgánicas). Las investigaciones empleando muestras de pares de gemelos, demuestran que los errores de diagnóstico son numerosos: muchos de estos "histéricos" eran en realidad casos de lesiones cerebrales focales, epilepsia, esquizofrenia, depresión endógena y estados de ansiedad. Los factores psicógenos y físicos eran variados y no específicos. No se encontró tampoco un factor genético específico. En consecuencia no ha sido posible hallar hilo unificante de ninguna clase en los gemelos diagnosticados como histéricos, varios años después de hecho el primer diagnóstico (Slater 1961).

En la presente investigación se siguieron 112 pacientes diagnosticados como histéricos en el National Hospital en 1951, 1953 y 1955, por diversas razones se excluyeron 13, de modo que quedan 99 casos. En 6 no pudo determinarse cómo se encontraban, finalmente 85 pudieron ser entrevistados (32 hombres y 56 mujeres). El período de evolución promedió nueve años. En ese tiempo 12 murieron, 14 devinieron totalmente incapaces y 16 parcialmente invalidados; sólo 43 (50%) permanecieron independientes y 19 libres de síntomas en el momento de la entrevista. Cuatro de las muertes fueron por suicidio, dos tenían enfermedad orgánica no diagnosticada cuando estuvieron en Queen Square (1 miopatía atípica y 1 esclerosis diseminada). Hubo 8 muertos por causas naturales (3 vasculares, 3 neoplasias, 1 angioma del tronco encefálico y 1 aracnoiditis crónica). Todos estos enfermos que presentaron sintomatología por las enfermedades que causaron el deceso, fueron diagnosticados como histéricos durante su estada en el hospital. 24 enfermos fueron considerados como que padecían de neurosis conversiva, asociada con enfermedad orgánica (demencia, epilepsia, intoxicación por drogas, migraña de la arteria basilar y otras). El próximo grupo de 28 enfermos fue diagnosticado sólo de histeria, pero eventualmente se encontró que sufrían enfermedad orgánica (neuralgia trigeminal, síndrome de la salida torácica, epilepsia, lesiones vestibulares, síndrome de Takayasu, espondilosis y demencia). Finalmente el autor se quedó con un grupo de 9 hombres y 24 mujeres, aproximadamente el 40% de los que fueron seguidos desde el principio, en el cual no se encontró signos de enfermedad orgánica. Aún aquí el concepto de histeria se fragmenta el analizarlo, ya en él se encontraron 2 esquizofrénicos, 1 obsesivo crónicamente ansioso y 7 pacientes con depresión endógena recurrente. Al separar estos casos, no quedaba tampoco un grupo uniforme de enfermos, sino más bien dos conjuntos de individuos, cada uno de los cuales sufría de síntomas histéricos para las normas corrientes, pero que en realidad diferían netamente uno del otro. El primero estaba formado por 7 pacientes, la mayor parte muy jóvenes, que tenían reacciones psicógenas agudas, bajo la forma de un síndrome de conversión. El segundo se hallaba integrado por 14 enfermos, éstos sufrían de

un desorden crónico de la personalidad, que había comenzado precozmente en la vida y que mostraba, durante su larga evolución, síntomas recurrentes en diversos sistemás orgánicos.

Anteriormente se ha diagnosticado a las reacciones histéricas por las siguientes características: (a) ausencia de hallazgos físicos significativos; (b) multiplicidad de síntomas; (c) evidencias de psicogénesis, (d) síntomas sospechosos (tales como afonia o amnesia) y (e) ciertos rasgos de personalidad. El autor demuestra que ninguno de estos criterios tiene validez científica y concluye diciendo que la enfermedad del útero migratorio comenzó como un mito y sobrevive como tal. El diagnóstico de "histeria" sería un disfraz para la ignorancia y una fuente fértil de errores clínicos. El concepto de "histeria" constituiría por tanto, no sólo una delusión, sino también una trampa.

RAUL JERI

PRESENT TREAMENT OF SCHIZOPHRENIA A CONTROLLED FOLLOW UP STUDY

KELLY, D. H. and SARGANT, W. Brit. M. J. 1: 147-150, 1965.

La presente investigación es un estudio de la evolución de 48 enfermos que sufrieron de esquizofrenia y que fueron hospitalizados entre 1960 y 1963. Practicamente todos fueron diagnosticados y seleccionados por uno de los autores (W. S.), como enfermos que podrían mejorar con tratamiento intensivo. La edad promedio fue de 29.6 años; 20 eran hombres y 28 mujeres. La duración promedio de síntomas sugestivos de esquizofrenia fue 3 años 4 meses. La duración promedio del ataque actual era de 12.1 meses. Veinte enfermos (42%) habían recibido tratamiento previamente, en condición de internados. El tratamiento actual se llevó a cabo en una unidad psiquiátrica de 20 camas en un hospital general.

El personal auxiliar consistía en una enfermera psiquiátrica y estudiantes de enfermería general. No existía puertas cerradas y cuando los pacientes estaban suficientemente bien, podían salir y mezclarse libremente con otros enfermos de las secciones médicas y quirúrgicas, en el departamento de terapéutica ocupacional.

Todos los enfermos fueron tratados con fenotiazinas y 40 (83%) recibieron una dosis diaria mayor de 300 mgs. de clorpromazina o equivalentes. Junto con la clorpromazina se aplicó electrochoque tan pronto como fue posible, después del ingreso, y si era necesario, se empleaba también narcosis modificada. Se encontró que aún los pacientes más agudamente disturbados podían rápidamente controlarse con este método y ser atendidos en el ambiente hospitalario general.

Cuarenta y cuatro enfermos (92%) fueron tratados con electrochoque, el cual se aplicaba al principio dos veces por semana, a no ser que el enfermo estuviera muy agitado; y luego una vez por semana, con una nueva reevaluación antes de cada aplicación. El promedio de ES fue de 6.3 (variacio-

nes 2-22). Sólo dos pacientes (4%) recibieron comas insulínicos, pero muchos estaban bajos de peso al ingresar y se les aplicó insulina modificada a 23 (48%).

Se encontró que los antidepresivos eran valiosos en casos seleccionados y se aplicaron en 17 pacientes (35%). Se usaron estos fármacos para vencer la anergia y el letargo característicos de la fase de recuperación de la enfermedad, síntomas frecuentemente acentuados por los fenotiazínicos. Sin embargo, se procuró no llegar a la excitación maníaca, con retorno de la sintomatología esquizofrénica en estos enfermos. Los resultados fueron comparados estadísticamente con otro grupo, tratados con ES e insulina

El promedio de estada fue de 6.7 semanas. Sólo 4 pacientes (8%) tuvieron que ser trasladados a hospitales mentales. Esto constituía un cambio notable en comparación con el período durante el cual se empleaban comas insulínicos o sólo ES. Al momento del alta se hizo una apreciación clínica y los pacientes fueron clasificados según el estado psiquiátrico y social. El estado social se valorizaba en tres tipos: (1) independientes, es decir si el paciente se hallaba capacitado para trabajar y mantenerse a sí mismo o capaz de dirigir un hogar, o si era una ama de casa; (2) dependiente, si estaba fuera del hospital pero incapaz de mantenerse o de dirigir una casa; y (3) institucional, si tenía que permanecer en un hospital o en una clínica privada. Con respecto al estado psiquiátrico los grados eran también tres: (a) libre de síntomas residuales, sin evidencias de esquizofrenia pero con cierto deterioro, en comparación con la personalidad premórbida, es decir aplanamiento del afecto, depresión o deterioro en la eficiencia del trabajo; y (c) psicótico, es decir con signos de esquizofrenia activa. Todos los 48 pacientes fueron seguidos en su evolución y el 81% entrevistados personalmente por uno de los autores. El tiempo promedio entre el alta y el control de evolución fue de 2 años 1 mes. En ese momento no menos del 92% de los pacientes estaba fuera del hospital, a pesar de que el 42% habían tenido que reingresar al hospital, por período cortos, durante el período de evolución. El 31% fueron readmitidos una vez y el 10% dos veces. El tiempo promedio de readmisión fue de 9.8 semanas. El 79% deberían seguir tomando fenotiazinas: el 62% las ingerían regularmente y el 17% no lo hacían así. Tres pacientes (6%) fueron sometidos a leucotomía durante el período de observación, pero todos fueron considerados psicóticos en el momento de la evaluación.

Antes de la introducción de las fenotiazinas, el 31% de los pacientes tratados con ES. o insulina, estaban en el hospital a los dos años, y no menos del 51% eran considerados como psicóticos. Desde la introducción de dichas drogas, combinadas con tratamiento físico, sólo el 7% estaban en el hospital y sólo el 27% fueron considerados como psicóticos después de 24 meses. La estada en el hospital se había acortado también de 10.7 a 6.7 semanas.

El coma insulínico se usa ahora en el hospital sólo en el 4% de los casos, las fenotiazinas en dosis mayores de 300 mg. en el 83% de los pacientes. La mejoría con estas drogas ha estado limitada a un desplazamiento

del grupo "psicótico" al grupo de "síntomas residuales". Sin embargo, el control de la sintomatología psicótica ha significado que un gran porcentaje de enfermos, que antes debían permanecer en las salas de crónicos, en los hospitales mentales, pueden ahora vivir y trabajar con felicidad en sus propias comunidades. Junto con las fenotiazinas los autores han continuado empleando ES e insulina modificada. Cuando el progreso del enfermo se detenía, le aplicaban algunos tratamientos de sopor insulínico, frecuentemente con útiles resultados. Ellos tenían la impresión de que el uso casi rutinario del ES acelera la velocidad de remisión, y el aumento de peso que se obtiene con la insulina, ayuda a evitar las recaídas. Pero es indudable que las fenotiazinas han sido el agente terapéutico principal en el pronóstico del tratamiento de los dos grupos recientemente analizados. Otros autores no han empleado ES o han usado tratamientos menos intensivos con personal escaso, obteniendo resultados más pobres.

En consecuencia, parece que las unidades psiquiátricas en los hospitales generales pueden ahora tratar hasta los casos más graves de esquizofrenia, con excepción de la formas crónicas, en condiciones de puertas abiertas, y cuando se habiliten más camas en los hospitales generales la mayor parte de los esquizofrénicos, que antes se enviaban a los hospitales mentales, podrán ser tratados en las condiciones de nosocomios comunes. Después de varios siglos, durante los cuales la sangría, los purgantes, los tratamientos sociales y varias formas de psicoterapia, eran los únicos medios que podían emplearse en los pacientes y frecuentemente con pobres resultados, parece que ahora los síntomas de esta grave enfermedad, que afecta 1 de cada 100 individuos de la población y que en el pasado ocasionó prolongada cronicidad, están en camino de ser controlados. Cabe recalcar que se necesitó muy escasa psicoterapia en estos casos y sólo pocos pacientes requirieron medidas especiales de rehabilitación. El porcentaje de pacientes que quedan "libres de síntomas" no ha aumentado sin embargo con el método descrito en este trabajo, la mayoría significó paso del grupo psicótico al de síntomas residuales. Para los autores tiene gran importancia el adiestramiento en los métodos físicos de la terapéutica de la esquizofrenia, puesto que constituyen las formas más eficaces para el tratamiento actual de la enfermedad. Las probabilidades fueron calculadas por el método de chi cuadrado por un estadígrafo (Dr. E. D. West).

RAUL JERI

LENGUAJE Y SIGNIFICADO

GAETE, SERGIO. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. XI Nº 3, 252, Set. 1965.

En la consideración de que la Neurosis no es sino la "distorción de la comunicación del significado empático de la relación interhumana", el autor trata de puntualizar los conceptos de lenguaje y significado, comprendiendo

este último como la obtención de un conocimiento que rebaza los estrictos límites de un fenómeno como tal, en el que se pueden distinguir tres especies: a) el significado causal en el que se establece un nexo entre el fenómeno y los factores o procesos que lo determinan, b) el significado referencial en el que se establece un nexo no natural entre el fenómeno y la realidad que es aludida convencionalmente, y c) el significado empático en el que se establece un nexo intuitivo entre el fenómeno observado y la realidad psíquica del otro revelada por él.

Por otra parte se sostiene que la comunicación es el tránsito a doble vía de los significados, es dar y recibir, y su contenido no es sino una concordancia de interpretaciones que es vehiculizada por signos y símbolos, que, en su conjunto, constituyen el lenguaje, instrumento total de la comunicación, mas no ella misma, que puede ser no verbal, cuando permanece en los niveles primarios de la forma expresiva, o verbal, cuando esta constituido por un sistema organizado en múltiples niveles jerárquicos superpuestos; en ambos casos se dan dos tipos de funciones: una formalistas, que persigue preservar la coherencia lógica interna, las estrutcuras sociales y gramaticales y propende a la universidad y la homogeneidad, y otra de caracter espontáneo, creativo, que busca expresar lo singular y lo inusitado de los impulsos, los afectos y los valores; es decir una en que predomina la comunicación del significado referencial y otra en que predomina la del empático, y que, a juicio del autor, constituye una necesidad humana mayor que la comunicación referencial, estando presente en todos los niveles del lenguaje, en las formas expresivas visibles, audibles, escriturales, del hablar y aún mas allá de todo ello. Finalmente que en la creación artística es donde mejor se cumple la revelación de lo empático y que la relación médico-paciente debe considerarse ante todo como una situación de comunicación empática.

RUBEN RIOS CARRASCO

NOTAS DE ACTUALIDAD

ELECCIONES UNIVERSITARIAS

De acuerdo con los Estatutos de la Facultad, el 23 de julio se realizaron las elecciones del nuevo Decano, habiendo sido elegido para tal cargo el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, que fué objeto de numerosas felicitaciones y a quién desde estas líneas le expresamos nuestro saludo y los mejores deseos de que su gestión se vea coronada por el éxito. Al día siguiente el Decano saliente, Dr. Alberto Guzmán Barrón, dió lectura de su Memoria en una ceremonia especial, habiendo sido largamente ovacionado y especialmente elogiado por el Dr. Luis Montoya Manfredi, Rector Interino de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

HOMENAJE AL Dr. GUZMAN BARRON

El 26 de julio en el Salón Dorado del Hotel Bolívar se realizó el homenaje que el cuerpo docente, dicente y administrativo de la Facultad de Medicina le tributase al Dr. Alberto Guzmán Barrón en reconocimiento de la gestión desarrollada al frente del Decanato. En dicha oportunidad hicieron uso de la palabra el Dr. Rafael Bendezú, en representación del Cuerpo Administrativo, el Sr. Efraín Vásquez, en su condición de Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina, el Dr. Jorge Campos Rey de Castro en nombre del Cuerpo Docente, y el Sr. Ministro de Salud Pública y Asistencia Social Dr. Javier Arias Stella, quién anunció que se le habían otorgado las Palmas Magisteriales y le hizo entrega de la Condecoración Daniel A. Carrión. Finalmente, el homenajeado agradeció emocionado dichas distinciones.

VISITANTES DISTINGUIDOS

Invitado especialmente por el Departamento de Ciencias Psicológicas, el Dr. Nathan Ackerman, Profesor Asociado de la Universidad de Columbia, Director del Instituto de Investigaciones de Dinámica Familiar, autor de varios libros y numerosas publicaciones de reconocida calidad, desarrolló un

cursillo especial acerca de Psicoterapia Familiar, entre el 21 y el 25 de julio, en el que destacó los temas: La Enfermedad como Expresión Familiar y Aspectos Técnicos de la Psicoterapia del Grupo Familiar, dio lectura ilustrada de algunas de sus comunicaciones al respecto, proyectó varios films acerca de las sesiones psicoterapéuticas realizadas con una familia, explicando las secuencias más saltantes y participó en varias mesas redondas llevadas a cabo con los Profesores del Departamento.

Días más tarde, el 4 de agosto nos fué muy grato recibir la visita del destacado Profesor Frederick Redlich, Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, quién nos ofreció una Conferencia acerca de las Clases Sociales y la Enfermedad Mental y mostró gran interés por nuestros programas docentes, habiendo sido testigo de dichas actividades, expresó su mayor congratulación al Señor Decano.

SIMPOSIUM EN EL HOSPITAL DE POLICIA

En el Simposium de Patología de la Selva, organizado con motivo del XXV Aniversario de la Sanidad de Gobierno y Policía, el 8 de julio, se realizó una sesión especial acerca de temas psicológicos, en la cual participaron el Dr. Max Arnillas Arana, como director de debates y los Drs. Carlos Alberto Seguín, Max Hernandez y Moisés Lemlij en la presentación del trabajo: "Experiencias con drogas alucinógenas procedentes de la Selva del Perú", habiéndose destacado el hecho de tratarse de un programa investigación integral que al respecto está desarrollando el Departamento de Ciencias Psicológicas; algunos aspectos de la experimentación farmacológica y clínica y la descripción del ceremonial y las técnicas empleadas por los curanderos nativos, fueron graficados por medio de fotografías y cintas magnetofónicas.

En la organización de dicho Simposium tuvo relievante actuación el Dr. Raúl Jerí quién, en colaboración con el Dr. César Sánchez, presentó una comunicación acerca de la Psicosis inducida y, con el Dr. Egdar Bueno, el trabajo:Alcoholismo en la Policía. Así mismo, el Dr. César Sánchez y colaboradores se refirieron a los aspectos más interesantes de la Adaptación de los Colonos a la Selva.

INAUGURACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA

El 22 de julio con asistencia de numerosos profesionales y universitarios se llevó a cabo la ceremonia inaugural de la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Departamento de Ciencias Psicológicas en el Hospital Víctor Larco Herrera, acto en el que hicieron uso de la palabra los Drs. César Delgado Hurtado, Jefe de dicha Unidad, Carlos Alberto Seguín, Director del Departamento, Alberto Guzmán Barrón, Decano de la Facultad y Carlos Quiroz Salinas, representante del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

IMPORTANTE ACUERDO

Se ha concertado un trascendental convenio entre las Facultades de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, por medio del cual el Departamento de Ciencias Psicológicas se ha comprometido a prestar su colaboración y asesoría docente a la Cátedra de Psiquiatría de dicha Facultad, cuya jefatura está actualmente encomendada al Dr. Carlos Newschlander. Habiéndose programado con tal objeto el viaje de Profesores y Residentes del 2º año en forma rotativa en períodos de 3 meses, durante los cuales desarrollarán, a tiempo completo, actividades docentes, asistenciales y de investigación; el primer grupo conformado por los Drs. Moisés Lemlij y Francisco Vásquez Palomino emprendieron viaje en el mes de agosto.

HONROSA INVITACION

A mediados de julio los Drs. Renato Castro de la Mata y María Antonieta Silva de Castro fueron invitados por el Acta Psiquiátrica y Psicológica de la América Latina y el Instituto Grondona de Buenos Aires, al Coloquio Internacional acerca de la Familia y la Enfermedad Mental, en el que participaron los Drs. Nathan Ackerman, Silvia Bermann, José Bleger, Guillermo Vidal, Janet Beavin, Isidoro Berenstein, Eliseo Verón y Carlos Sluzki. Habiendo, además, dado conferencias en el Instiuto Grondona, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Salud Mental.

INCORPORACION DE LOS NUEVOS RESIDENTES

En ceremonia especial llevada a cabo en el Paraninfo de la Facultad el día 20 de julio se incorporó a la nueva Promoción de Residentes de la Escuela de Graduados. Los Drs. Alejandro Bazán, representante de los Residentes, Jorge Campos Rey de Castro, Director Interino de la Escuela y Alberto Guzmán Barrón, Decano de la Facultad, pronunciaron con tal motivo significativos discursos. Han iniciado su entrenamiento de especialización en Psiquiatría los Drs. Luis Pesche Schereier, Manuel Fernández Vallejos y Emilio Morales Charún, luego de riguroso concurso.

MERECIDA ELECCION

En sesión extraordinaria de la Sociedad Peruana de Psiquiatría, convocada para el efecto, fué elegido, por abrumadora mayoría, el Dr. Carlos Alberto Seguín como ponente oficial del primer tema del próximo Congreso Latino Americano de Psiquiatría que se llevará a cabo en Agosto del año entrante en la ciudad de Buenos Aires; dicho tema versará acerca de la Enseñanza de las Ciencias Psicológicas en la América Latina; los otros se re-

ferirán a los Aspectos Psicosociales del Grupo Familiar en América Latina, los Problemas de Epidemiología Psiquiátrica en América Latina, los Problemas Psicopatológicas de la Infancia y el Estado Actual de la Psiquiatría en la Argentina.

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

Desde el mes de julio se ha intensificado el programa de actividades Extra-Curriculares para los Residentes de Psiquiatría, el que cuenta con la asistencia y participación de numerosos profesionales y universitarios; así se hicieron las discusiones de mesa redonda acerca de las películas "El Silencio" de Igmar Bergman y "Zorba el Griego" de Nikos Katzanzaki, la novela "La Ciudad y los Perros" de Mario Vargas Llosa, se proyectaron diversas películas costumbristas en colores tomadas en Puno y Cuzco por el Sr. César Villanueva; el Dr. José Russo dio una conferencia acerca de la Filosofía Zen, el Dr. Max Arnillas Arana acerca de la obra teatral de Eugene Ionesco y el Dr. Arturo Jiménez Borja se refirió a diversos aspectos culturales de los grupos pre-incaicos.

INVITACION A TRUJILLO

El Dr. Carlos Alberto Seguín, especialmente invitado por el Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, sustentó el 9 de julio una conferencia acerca de la Educación Universitaria; en dicha oportunidad también se logró un primer acercamiento con el fin de organizar un programa de colaboración y asesoría similar al acordado a la Universidad de Arequipa.

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Dicha Institución preparó para el 22 de julio un Simposium sobre Folklore y Medicina en la que participaron el historiador Luis Valcárcel, quien se ocupó del tema: Ideas y Prácticas Médicas en el Perú Antiguo, el escritor José María Arguedas: Métodos de Diagnóstico y Pronóstico entre los Indígenas del Callejón de Huaylas. Al finalizar el acto fueron declarados socios honorarios los Drs. Nathan Ackerman y Jack Ewalt, y fueron incorporados como miembros los Drs. Rubén Ríos Carrasco, Oscar Ríos Reátegui, Roberto Villalón Rodríguez, Max Silva y Alberto Péndola.

APARICION DE UN NUEVO ORGANO ESTUDIANTIL

Los primeros días de julio marcaron la aparición del "Estudiante San Fernandino", revista bimestral del Centro de Estudiantes de Medicina de la U.N.M.S.M., cuidadosamente presentada contiene valiosa información técnica y cultural en la que confraternizan profesores y alumnos. Su Director, Sr. Alvaro Vidal, su Jefe de Redacción, Sr. Manuel Villarreal, así como sus

redactores y colaboradores gráficos merecen nuestra felicitación y los mejores augurios para que su renovado entusiasmo le dé tónica de constante superación.

PROXIMO CONGRESO

La Sociedad Interamericana de Psicología anuncia su X Congreso Interamericano que se realizará del 3 al 7 abril del próximo año en esta ciudad, siendo el temario oficial el siguiente:

1. El científico de la conducta como agente en los cambios culturales.
2. La posición actual de la psicología en la América Latina.
3. La formación académica del psicólogo.
4. La investigación transcultural.

Para cualquier información dirigirse al Dr. Carlos Alberto Seguín, Apartado 529, Lima, Perú.

MESA REDONDA

Organizada por el Depatramento de Ciencias Psicológicas y el Centro de Estudios de Medicina el miércoles 25 de agosto se llevó a cabo una Mesa Redonda acerca de los problemas de la Prostitución que contó con la intervención de los Drs. Carlos Alberto Seguín y José Alva, psiquiatras, Eduardo Mimbela, penalista, Aníbal Ismodes, sociólogo, Harold Griffits, sacerdote y numerosos profesores y alumnos.

SENTIDA AUSENCIA

Después de larga estancia entre nosotros, ha viajado a la ciudad de Tucumán, Argentina, el Dr. Roberto Villalón Rodríguez, quien tuviese destacada actuación en el Departamento de Ciencias Psicológicas, por su profundo humanismo, alto grado de responsabilidad y brillantes cualidades docentes.

INTERESANTE COMUNICACION

En la sesión ordinaria del mes de agosto de la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía fue presentado el trabajo: Infecciones Perinatales del Sistema Nervioso Central por los Drs. Jacobo Silberman y A. Ciudad, de la Asignatura de Neurología.

PUBLICACIONES EN EL EXTRANJERO

En el Acta Psiquiátrica y Psicológica de la América Latina, Volumen XI, Nº 2, ha sido publicado el trabajo "El Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima" del Dr. Rubén Ríos Carrasco y en el Nº 3 de la misma publicación, aparece un cordial saludo a nuestra publicación y una reseña bibliográfica del libro "Historia de la Psiquiatría" del Dr. Oscar Valdivia.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

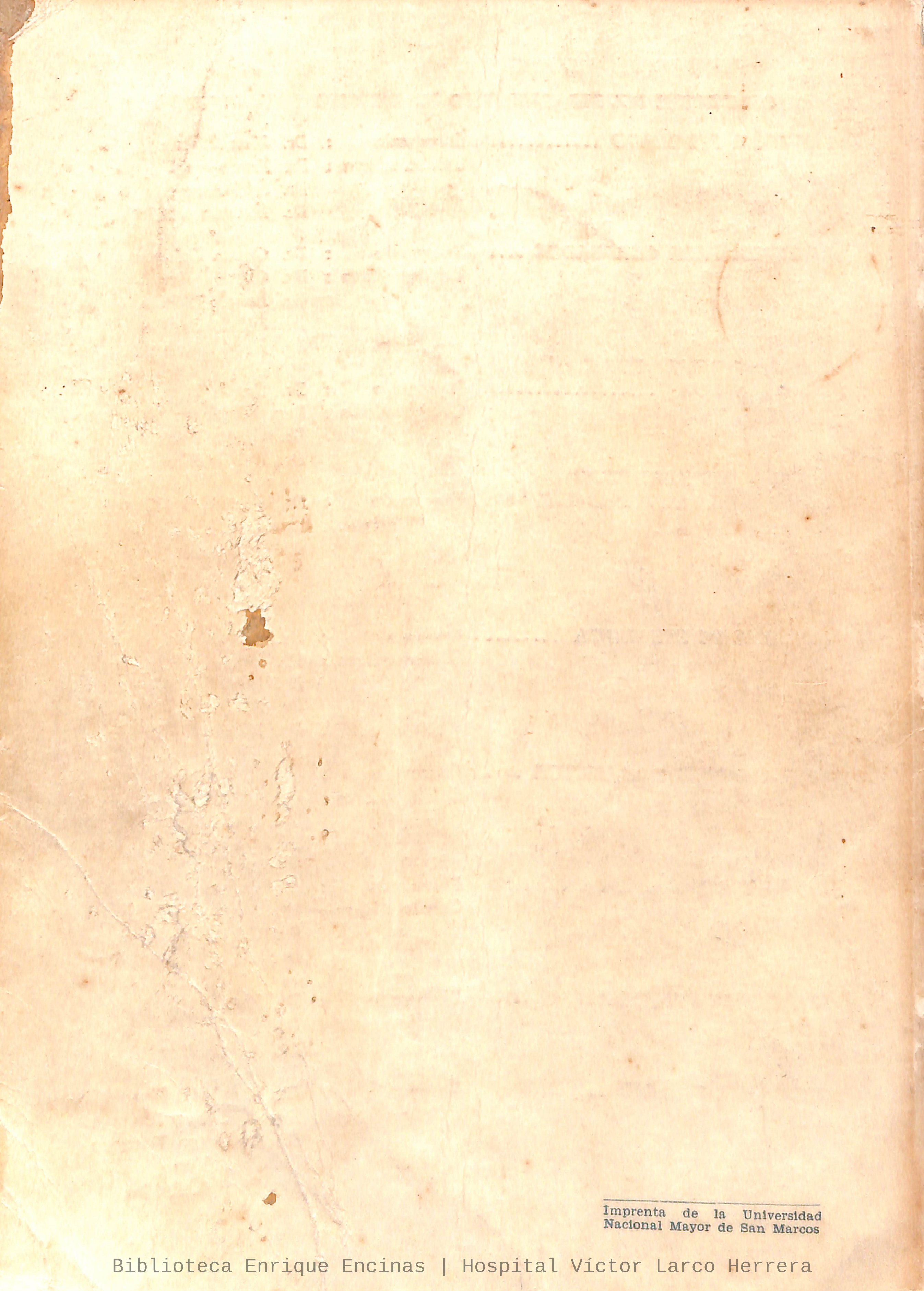
f) *La Revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00, en el extranjero $ 1.50.
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00, en el extranjero $ 6.00.
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. Nº 529 — Lima - Perú.

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado :	*Dr. Max Silva*
	Colaboradores :	*Dr. Francisco Vásquez*
		Dr. José Alva
		Dr. Enrique Ghersi
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado :	*Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores :	*Dr. César Delgado*
		Dr. Renato Castro
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E INVESTIGACION	Encargado :	*Dr. Sergio Zapata*
	Colaboradores :	*Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Oscar Valdivia
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc.	Encargado :	*Dr. Francisco Vásquez*
	Colaboradores :	*Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. José Alva
		Dr. Carlos Gutiérrez
		Dr. Hugo Díaz
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado :	*Dr. José Alva*
	Colaboradores :	*Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Enrique Ghersi
		Dr. Felipe Iannacone
		Dr. Max Silva
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA	Encargado :	*Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores :	*Dr. Carlos Gutiérrez*
		Dr. Max Silva
		Dr. Hugo Díaz
VIAJES Y BECAS	Encargado :	*Dr. Renato Castro*
	Colaboradores :	*Dr. Oscar Valdivia*
		Dr. César Delgado
		Dra. Antonia Sánchez
RELACIONES PUBLICAS	Encargado :	*Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores :	*Dr. Ethel Bazán*
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado :	*Dr. Humberto Napuri*
	Colaboradores :	*Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Francisco Vásquez
		Dr. José Alva
		Dr. Juan A. Robles



Imprenta de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos